

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1924-1925. — N° 136

---

# LES MYOMES ROUGES DE L'UTÉRUS

---

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 Juillet 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

VACHEY AUGUSTE

*Interne des Hôpitaux de Lyon*

né à Laval (Mayenne), le 24 Mars 1897



LYON  
IMPRIMERIE V. SOULIER  
8, Rue Plâtre

—  
1925



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41553418\\_0010](https://archive.org/details/IA41553418_0010)

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1924-1925. — N° 136

---

# LES MYOMES ROUGES DE L'UTÉRUS

---

## THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 Juillet 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

VACHEY AUGUSTE

*Interne des Hôpitaux de Lyon*

né à Laval (Mayenne), le 24 Mars 1897



LYON

IMPRIMERIE V. SOULIER

8, Rue Plâtre

—  
1925

# PERSONNEL DE LA FACULTE

|                       |                 |
|-----------------------|-----------------|
| Doyen honoraire ..... | M. H. HUGOUNENQ |
| Doyen .....           | M. J. LEPINE.   |
| Assesseur .....       | M. ROQUE.       |

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), TEISSIER.

## PROFESSEURS

|                                                          |                 |
|----------------------------------------------------------|-----------------|
| Cliniques médicales .....                                | MM. BARD.       |
| Cliniques chirurgicales .....                            | ROQUE.          |
| Clinique obstétricale et Accouchements.....              | TIXIER.         |
| Clinique ophtalmologique .....                           | BERARD.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....     | COMMANDEUR.     |
| Clinique neurologique et psychiatrique.....              | ROLLET.         |
| Clinique des maladies des enfants.....                   | NICOLAS.        |
| Clinique des maladies des femmes.....                    | LEPINE (J.).    |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie .....                  | MOURIQUAND.     |
| Clinique des maladies des voies urinales.....            | VILLARD.        |
| Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....      | LANNOIS.        |
| Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....   | ROCHET.         |
| Chimie biologique et médicale.....                       | NOVE-JOSSERAND  |
| Chimie organique et Toxicologie.....                     | CLUZET.         |
| Matière médicale et Botanique.....                       | HUGOUNENQ.      |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....        | MOREL.          |
| Anatomie .....                                           | BRETIN.         |
| Histologie .....                                         | GUIART.         |
| Physiologie .....                                        | LATARJET.       |
| Pathologie Interne .....                                 | POLICARD.       |
| Pathologie et Thérapeutiques générales.....              | DOYON.          |
| Anatomie pathologique .....                              | COLLET.         |
| Chirurgie opératoire.....                                | X.              |
| Médecine expérimentale et comparée et bactériologie..... | PAVIOT.         |
| Médecine légale .....                                    | PATEL.          |
| Hygiène .....                                            | ARLOING (F.).   |
| Thérapeutique, Hydologie et Climatologie.....            | Etienne MARTIN. |
| Pharmacologie .....                                      | COURMONT (P.)   |
|                                                          | PIC.            |
|                                                          | X.              |

## PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

|                                              |             |
|----------------------------------------------|-------------|
| Chargé d'un cours de Pathologie externe..... | MM. VALLAS. |
| — — — Propédeutique de gynécologie.....      | CONDAMIN.   |
| — — — Chimie minérale .....                  | BARRAL.     |
| — — — Urologie .....                         | GAYET.      |

## CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

|                                                     |                |
|-----------------------------------------------------|----------------|
| Orthopédie .....                                    | MM. LAROYENNE. |
| Puériculture et hygiène de la première enfance..... | CHATIN.        |
| Stomatologie .....                                  | TELLIER.       |

## AGREGES

|                    |                |               |                   |
|--------------------|----------------|---------------|-------------------|
| MM.                | MM.            | MM.           | MM.               |
| NOGIER.            | COTTE.         | CORDIER (V.). | MAZEL.            |
| THEVENOT (Léon)    | DUROUX.        | ROUBIER.      | SANTY.            |
| GARIN.             | TRILLAT.       | FAVRE.        | DUNET.            |
| SAVY.              | SARVONAT.      | BONNET.       | CHAILIER (André). |
| FROMENT.           | FLORENCE (G.). | RHENTER.      | CHALIER (Joseph). |
| THEVENOT (Lucien). | ROCHAIX.       | LEULIER.      | NOEL.             |
| PIERY.             |                |               | CORDIER (Pierre). |

M. BAYLE, secrétaire.

## EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. BÉRARD, *Président*; VILLARD, *Assesseur*;

MM. PATEL, *Professeur* et COTTE, *Agrégé*.

*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MA FEMME

A MON PERE ET A MES SŒURS

A TOUS LES MIENS, ET A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BÉRARD

Dont nous avons eu la bonne fortune d'être l'interne et qui nous a fait le grand honneur de vouloir bien accepter de présider notre thèse. Notre reconnaissance respectueuse lui est acquise tout entière.

## A MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARD

Qui a été notre tout premier Maître et nous a appris à aimer notre fonction et à la comprendre. Sa bonté pour nous a toujours été grande et il nous a accueilli avec un intérêt marqué toutes les fois que nous avons eu recours à lui. Nous nous emploierons de notre mieux à nous acquitter à son égard, avec tout notre cœur et toute notre volonté.

## A MONSIEUR LE PROFESSEUR PATEL

Qui nous a aidé de ses conseils si précieux et nous a sans cesse guidé intellectuellement et pratiquement avec sa haute autorité, avec aussi une réelle affection dont nous avons senti tous les effets dans notre vie médicale, et ailleurs. Nous ne pouvons pas dire la reconnaissance et l'attachement que nous avons pour lui.

## A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COTTE

Dans le service duquel nous avons passé un semestre d'Internat des plus instructifs et des plus agréables, dont nous nous souviendrons toujours avec un plaisir particulier et une profonde gratitude.

## A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

1915-1917: MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARD

### *Externat :*

MM. LE PROFESSEUR VILLARD  
LE PROFESSEUR PATEL  
LE DOCTEUR BARJON  
LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. CHALIER

### *Internat :*

MM. LE DOCTEUR BONNAMOUR  
LE PROFESSEUR TEISSIER  
LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAROYENNE  
LE PROFESSEUR A. POLLOSSON (*in memoriam*)  
LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COTTE  
LE PROFESSEUR PATEL  
LE DOCTEUR DELORE  
LE PROFESSEUR BERARD

## A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

### *Laboratoire d'Histologie :*

MM. LE PROFESSEUR POLICARD  
LE PROFESSEUR AGRÉGÉ NOEL

### *Laboratoire de Chirurgie Opératoire :*

MM. LE PROFESSEUR PATEL  
LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TAVERNIER

## Publications antérieures

---

- Un cas du syndrome de GUILLAIN-THAON. (En collaboration avec le Docteur BONNAMOUR. *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 14 mars 1922; *Lyon-Médical*, 1922, p. 596).
- Le tartrate boricosodique dans la démence sénile et les diverses formes d'excitation cérébrale chez le vieillard. (En collaboration avec le Docteur BONNAMOUR. *Société des Sciences Médicales*, 2 mai 1922; *Lyon-Médical*, 1922, p. 832).
- Sclérodactylie progressive à étiologie complexe. (En collaboration avec le Docteur J.-F. MARTIN. *Société des Sciences Médicales*, 28 juin 1922; *Lyon-Médical*, 1923, p. 7).
- A propos des œdèmes chez les hépatiques. (En collaboration avec les Docteurs J.-F. MARTIN et P. LÉPINE. *Journal de Médecine de Lyon*, 1923, p. 41).
- Fibromes calcifiés. (En collaboration avec le Docteur LAROYENNE. *Société des Sciences Médicales*, 21 mars 1923; *Lyon-Médical*, 1923, p. 1.007).
- Kyste tubo-ovarien. (En collaboration avec les Docteurs VERGNORY et MOREL. *Société des Sciences Médicales*, 9 avril 1924; *Lyon-Médical*, 1924, II, p. 446).
- Kyste hydatique du creux ischiorectal. (En collaboration avec les Docteurs VERGNORY et MOREL. Travail du service du Professeur Patel. *Presse Médicale*, juillet 1924, n° 57).

A propos de deux cas d'amputation abdomino-périnéale du rectum avec anus médian terminal. (En collaboration avec le Docteur DELORE. *Société des Sciences Médicales*, 11 juin 1924; *Lyon-Médical*, 1924, II, p. 649).

Corps étranger de l'intestin grêle avec perforation et péritonite enkystée consécutive. (En collaboration avec le Docteur DELORE. *Lyon-Médical*, 17 août 1924, n° 33).

A propos de trois cas d'avortement tubaire. (En collaboration avec les Docteurs DELORE et MALLET-GUY. *Lyon-Médical*, 28 décembre 1924, n° 52, p. 808).

Localisation rare d'un abcès de la tête du pancréas. (En collaboration avec les Docteurs ALAMARTINE et MALLET-GUY. *Presse Médicale*, mars 1925, n° 24).

Sur le rôle des cellules luteïniques de l'ovaire dans les hémorragies utérines. (En collaboration avec le Docteur COTTE. *Revue Française de Gynécologie et Obstétrique*, janvier 1925).

De la résection dans les ulcères adhérents de la petite courbure. (En collaboration avec les Docteurs DELORE et MALLET-GUY. *Revue de Chirurgie*, 1925, n° 3).

Corps étranger de l'œsophage. (En collaboration avec les Docteurs WERTHEIMER et MAYOUX. *Société des Sciences Médicales de Lyon*, 10 décembre 1924; *Presse Médicale*, 1925, n° 2).

Occlusion intestinale tardive après appendicectomie pour appendicite gangréneuse avec péritonite généralisée. (En collaboration avec le Docteur DUNET. *Société des Sciences Médicales*, 4 mars 1925; *Presse Médicale*, 1925, n° 23).

Néoplasme de l'œsophage avec fistule trachéale; radiographie. (En collaboration avec les Docteurs GUILLEMINET et MAYOUX. *Société des Sciences Médicales*, 18 mars 1925; *Presse Médicale*, 1925, n° 27).

A propos d'un ulcère de la petite courbure ayant nécessité trois interventions. (En collaboration avec le Docteur WERTHEIMER. *Société des Sciences Médicales*, 3 juin 1925).

Volumineuse hydronéphrose du rein gauche enlevée par voie parapéritonéale antérieure. (En collaboration avec le Professeur PATEL. *Société des Sciences Médicales*, 3 juin 1925).

Myome rouge de l'utérus. (En collaboration avec les Docteurs VERGNORY et CREYSSEL. *Société des Sciences Médicales*, 10 juin 1925).

Les Formes multiples et récidivantes de l'ulcère gastrique. (En collaboration avec les Docteurs DELORE et MALLET-GUY. *Lyon-Chirurgical*, 1925. Sous presse.

---



## INTRODUCTION

---

*Les myomes rouges de l'utérus ont été, pour la première fois, individualisés par Pollosson, en 1905. Aucune allusion n'y est faite dans les ouvrages consacrés avant cette date aux modifications qui peuvent apparaître dans la coloration et la texture des fibromes de l'utérus, et les thèses de Hyenne (Etude anatomique des principales dégénérescences des fibromyomes de l'utérus, 1898), de Bisch (La gangrène des fibromes utérins non pédiculés, 1901) et de Piquand (Les dégénérescences des fibromyomes, 1905), n'en disent rien.*

*Ce silence surprend, alors que cette coloration particulière de la tumeur utérine avait dû déjà frapper plus d'un chirurgien. Hartmann, par exemple, en 1902, à la Société de Chirurgie de Paris, dans une discussion sur la nécessité de différencier les fibromes atteints de nécrobiose aseptique des fibromes atteints de sphacèle, déclare qu'il faut distinguer la variété « d'apparence apoplectique, qui se « manifeste par un développement rapide de la « tumeur, accompagné de douleurs avec ou sans « fièvre ».*

*Cette courte description d'Hartmann semble bien correspondre à celle que trois ans plus tard Pollosson faisait le premier du myome rouge, qu'il appelait ainsi à cause de la coloration particulière rouge foncé, rouge couleur de viande fraîche, présentée à la coupe*

par la tumeur, de ce myome, disait-il encore, « qui « mérite d'être individualisé cliniquement dans la « catégorie des myomes douloureux et anatomo-  
« pathologiquement dans celle des myomes à évolu-  
« tion rapide ».

Avec ses élèves Violet et Mazet, Pollosson publia, dès lors, plusieurs observations, et, dès que cette variété de la myomatose utérine eut été définie par ses soins, elle fut étudiée par de nombreux auteurs, aussi bien en France qu'à l'étranger.

Gambier, en 1908, dans sa thèse (Des fibromes utérins interstitiels nécrobiosés) rapporte plusieurs cas de myomes rouges.

Lecène, en 1911, dans un article sur « la suppuration et gangrène des fibromes utérins », et Barbouth, en 1912, dans une étude clinique et histologique sur « la nécrobiose aseptique des fibromyomes de l'utérus », s'occupent de cette altération spéciale.

Py, en 1913, y consacre sa thèse qu'il intitule : « Contribution à l'étude des myomes rouges de l'utérus ».

Bégouin, Brindeau, dans des études récentes sur la nécrobiose aseptique des fibromes utérins, parlent à plusieurs reprises de cet aspect frappant de la tumeur fibromateuse.

Michaloux-Jimbert écrit, en 1921, sa thèse inaugurale sur « l'étude clinique et anatomique des myomes rouges de l'utérus », où il expose les idées de Pollosson.

Tédenat et Tzelepoglou publient, un an plus tard, un article très documenté sur cette question.

Leroux, dans sa thèse parue tout dernièrement, « Etude de la nécrobiose au cours de la grossesse », revient à plusieurs reprises sur cette altération, sur

cette couleur « viande fraîche », qui peut affecter les fibromes utérins.

Monsieur le Professeur Tixier, dans son rapport au dernier congrès de Chirurgie (1924), fait souvent allusion au myome rouge.

Enfin, dans de nombreuses Sociétés savantes, notamment à Lyon, plusieurs observations sont rapportées qui suscitent des discussions au sujet de la nature même du myome rouge.

Les auteurs anglais s'occupent aussi beaucoup de cette question, et leurs études sur ce qu'ils appellent « la dégénérescence rouge » sont assez nombreuses. Celles de Leith Murray et de Maury, pour ne citer qu'eux, offrent un réel intérêt.

Les auteurs allemands, de leur côté, signalent dans leurs ouvrages sur les altérations des myomes utérins cet aspect « rouge carmin », comme ils le désignent, et l'étudient de près.

On voit donc, par ce rapide exposé, que le myome rouge, depuis que Polosson l'a individualisé en 1905, a été l'objet de bien des travaux. Mais si les différents auteurs paraissent à peu près d'accord sur ses symptômes et sur son évolution clinique, ils ne le sont plus sur sa nature histologique et sa pathogénie. Et quand on parcourt les ouvrages que nous venons de signaler, il est difficile de se faire une idée exacte au milieu des opinions divergentes qui y sont exposées.

Certains, avec Pollosson, font du myome rouge un myome jeune en voie d'accroissement; d'autres, avec de Rouville, le classent parmi les myomes purs de l'utérus; d'autres parlent d'évolution maligne; d'autres, enfin (ce sont les plus nombreux), le considèrent comme un état de nécrobiose aseptique.

*Ces différences d'interprétation ne sont pas sans étonner au premier abord. Mais il est évident que la définition du myome rouge est fondée avant tout sur un aspect de coloration. Comme le dit Michaloux-Jimbert, le vrai myome rouge est celui qui présente une coloration « viande fraîche ou rouge vineux ». Si, à côté de cette coloration typique, il se trouve dans le même myome des points d'une coloration différente (verdâtre, jaune ou brune), il ne s'agit plus de l'altération si curieuse qu'a décrite Pollosson. Peut-être faut-il voir là une des raisons qui font que l'on relève des opinions si opposées dans la lecture des différents ouvrages?*

*C'est pourquoi, sous l'inspiration de notre Maître, Monsieur le Professeur Patel, il nous a paru intéressant de reprendre l'étude de cette variété de myome utérin, d'autant plus qu'il n'en est pas question, pour ainsi dire, dans les traités classiques les plus récents.*

*Nous avons recueilli les observations de myomes dont la description macroscopique correspondait à celle que donnait Pollosson, et nous avons fait l'examen histologique de pièces de myomes d'aspect analogue.*

*Et ce sont ces observations et cet examen que nous apportons en vue de contribuer pour notre part à la connaissance des myomes rouges.*

*Mais, avant de les présenter, qu'il nous soit permis de remercier ceux qui nous ont prêté leur concours.*

*Monsieur le Professeur Policard, en nous ouvrant si largement son laboratoire, en nous aidant de ses précieux conseils, nous a permis de mener à bien la partie histologique si importante de notre travail. Nous ne lui serons jamais assez reconnaissant, et le*

souvenir nous sera toujours cher des années que nous avons passées auprès de lui.

Monsieur le Professeur agrégé Favre nous a aimablement montré et interprété de superbes préparations microscopiques. Qu'il en soit profondément remercié.

Monsieur le Professeur agrégé Noël a bien voulu consacrer de longs moments à la confection et à l'étude de nos coupes histologiques, et il nous a reçu sans cesse avec une amabilité cordiale qui engageait à revenir. Son aide nous a été des plus utiles et nous restons son obligé.

Monsieur le Docteur J.-F. Martin nous a confié quelques-unes de ses intéressantes préparations microscopiques. Notre camarade, Monsieur le Docteur Michon, chef de Clinique Gynécologique, nous a donné des indications bibliographiques et a groupé à notre intention plusieurs pièces macroscopiques qui nous ont grandement servi. Enfin, notre ami André Chaix s'est chargé de faire le dessin de nos coupes microscopiques. A tous les trois nous adressons nos affectueux remerciements.

Nous diviserons notre travail de la manière suivante:

CHAPITRE I. .. Etude clinique et diagnostique.

CHAPITRE II. — Etude anatomique et microscopique.

CHAPITRE III. — Interprétation des faits qui se dégagent de ces études.

CHAPITRE IV. — Etiologie et Pathogénie du myome rouge.

CHAPITRE V. — Traitement.

Nous terminerons enfin en rapportant les observations qui ont servi de base à ce travail.



## CHAPITRE I

### Étude clinique et diagnostique

---

#### A) *Fréquence.*

On trouve peu de statistiques qui rendent compte du degré de fréquence du myome rouge.

ALBERTIN a rencontré 10 fois cette variété de myome utérin sur 450 hystérectomies pratiquées pour fibrome, de 1905 à 1912; ce qui donne une proportion de 2,2 pour 100.

TÉDENAT, sur 328 myomes opérés, en a trouvé 6 en dégénérescence rouge, soit 1,8 pour 100.

PATEL signale 3 cas sur 117 hystérectomies, soit 2,6 pour 100.

D'après LOCKYER, le myome rouge représente 5 pour 100 des cas des myomes utérins.

DELORE en accuse un plus grand nombre encore, puisque, sur 364 hystérectomies pour utérus myomateux, il note 26 cas, ce qui correspond à une proportion nettement plus élevée de 7,1 pour 100.

TIXIER, qui, dans la statistique accompagnant son rapport au dernier Congrès de Chirurgie, classe les myomes rouges dans les myomes en voie de nécrobiose, trouve 113 cas sur 4.200 malades opérées, ce qui fait une proportion de 2,6 pour 100; mais il ne s'agit pas uniquement, dans cette statistique, de myomes rouges.

Quoi qu'il en soit, cette modalité d'altération des fibromes utérins, de l'avis de la plupart des auteurs, n'est pas très fréquente. La moyenne des statistiques précédentes est de 3,5 pour 100.

#### B) *Agè.*

Le myome rouge paraît être de préférence l'apanage de femmes qui ont entre 40 et 50 ans, c'est-à-dire qui s'approchent de l'époque de la ménopause. Avant l'âge de 30 ans, on relève relativement peu d'observations. Il en est de même après 50 ans. Il s'agit le plus souvent de femmes qui ont eu une ou plusieurs grossesses ou fausses couches. Il semble donc que le passé obstétrical joue un rôle important dans la genèse du myome rouge, qui se manifeste soit pendant la gestation, soit dans les suites de couches, soit une ou plusieurs années après le dernier accouchement. Dans six seulement des observations que nous rapportons, il n'est fait mention d'aucun antécédent obstétrical ou gynécologique.

Voici d'ailleurs comment se classent nos observations d'après l'âge des malades :

Entre 20 et 30 ans : 4 cas.  
Entre 30 et 40 ans : 14 cas.  
Entre 40 et 50 ans : 18 cas.  
Entre 50 et 52 ans : 3 cas.

#### C) *Etude clinique.*

Dans l'étude clinique des myomes rouges, on retrouve naturellement les symptômes classiques des fibromes utérins. Mais ils prennent alors, en dehors

de toute lésion surajoutée, un caractère spécial, marqué surtout par leur intensité qui permet vraiment de classer à part la variété de myome dont il est question. On peut donc dire que le myome rouge a son histoire clinique qui vaut d'être décrite avec détails.

Douleurs, hémorragies, tumeur utérine, température, tels sont les quatre symptômes qu'il faut étudier pour bien connaître l'aspect clinique des myomes rouges.

Les *douleurs* existent chez presque toutes les malades et elles constituent le symptôme le plus constant. Alors que des femmes, affectées d'un fibrome utérin volumineux, n'éprouvent souvent, s'il n'existe pas de phénomènes de compression, aucune souffrance, notre myome, si petit qu'il soit, provoque en général des douleurs pendant la durée de son évolution.

Celles-ci se déclarent d'une façon subite. Elles sont plus ou moins vives, mais peuvent prendre une allure aiguë et obliger la malade à cesser tout travail et à garder le lit: les calmants ordinaires, tels que les cataplasmes ou les applications de vessie de glace sur l'abdomen parviennent souvent à les diminuer; parfois cependant seules les piqûres de morphine sont capables d'apporter quelque soulagement (Obs. II). L'acuité de la souffrance peut être telle que la malade est envoyée d'urgence à l'hôpital pour y subir une intervention qui semble s'imposer sans délai et qu'elle réclame elle-même avec instance (Obs. X).

Les douleurs sont ressenties soit d'une manière continue, avec, de temps à autre, des crises plus aiguës, soit d'une manière intermittente, avec des intervalles de repos.

Dans le premier cas, l'évolution du myome rouge paraît plus rapide, et c'est alors que la malade éprouve ces souffrances vraiment atroces dont nous venons de parler : dans une de nos observations (Obs. VIII), on constatait des crises suraiguës qui se produisaient toutes les quinze minutes.

Dans le deuxième cas, les poussées douloureuses se succèdent à des intervalles plus ou moins éloignés, la première atteinte remontant parfois à 5 ou 6 ans, — c'est plutôt rare, — le plus souvent à 3 ou 5 semaines. Elles sont chaque fois plus intenses et peuvent arriver à un degré tel que la malade vient un jour consulter d'urgence. Elles laissent, en général, après elles, une sensibilité spontanée de la tumeur plus ou moins marquée, que la palpation augmente.

Leur siège est dans le bas ventre ou dans les fosses iliaques. Elles peuvent présenter des irradiations lombaires ou sacrées, rarement plus étendues. Elles semblent coïncider de préférence avec la période menstruelle, apparaissant ou devenant plus intenses à cette époque ; il est possible aussi qu'elles la précèdent de quelques jours ou qu'elles se manifestent au cours d'une grossesse (Obs. VIII, XXXI, XXXII), le myome rouge révélant alors sa présence par un épisode très aigu, ou encore quelques jours après l'accouchement (dix jours dans l'Obs. XXXIII).

Spontanées dans la majorité des cas, ces douleurs peuvent être réveillées ou exarcerbées à la suite d'un effort ou par l'examen de la tumeur utérine.

Elles ne s'accompagnent presque jamais de phénomènes de réaction péritonéale : vomissements, ballonnement du ventre, contracture de la paroi abdominale.

En effet, si le myome rouge peut coexister avec des lésions annexielles comme dans certaines de nos observations, le plus souvent il existe à l'état isolé, étant lui-même l'unique cause de la souffrance.

Tel est l'aspect de l'élément douleur qui, comme nous l'avons dit, constitue le symptôme dominant du myome rouge. Par son acuité, par sa persistance, la douleur contribue à égarer bien souvent le diagnostic et à imposer une intervention dont le résultat, qui surprend, est la découverte de notre myome rouge, sans plus, sans accompagnement d'une autre lésion.

Les *hémorragies* doivent aussi figurer dans le cortège symptomatique du myome rouge. Elles présentent alors quelques caractères qui méritent de retenir l'attention. Elles sont le plus souvent profuses et leur abondance augmente assez rapidement.

Presque toujours, elles se manifestent d'abord sous la forme de ménorragies : les règles deviennent plus abondantes et durent plus longtemps, en même temps qu'apparaissent les crises douloureuses. Ces ménorragies remontent parfois à une époque assez éloignée (6 ans), mais, dans la plupart des cas, leur début date de 2 ans, 1 an, ou 6 mois.

Les métrorragies succèdent ensuite aux ménorragies. Bien rarement elles se manifestent les premières. Elles sont continues ou subissent des périodes d'arrêt. Il arrive qu'elles durent plusieurs mois : ce sont des hémorragies de sang rouge, mélangé à des caillots qui encombrent le vagin. Elles sont parfois fétides, et, dans leur intervalle, existe une leucorrhée plus ou moins accusée. Leur abondance, qui constitue leur caractère principal, crée chez la malade un état

d'anémie des plus accentués. Le teint est terreux, les muqueuses décolorées, le pouls rapide et peu frappé : on redoute la syncope à chaque instant, et c'est en présence d'un pareil état général que le chirurgien est souvent appelé d'urgence. Le myome rouge est un myome qui saigne et, fréquemment, d'une façon profuse.

La *tumeur utérine*, que crée le myome rouge, se présente généralement ainsi : ou bien elle se révèle pour la première fois en même temps que les autres symptômes du myome rouge, ou bien elle existait déjà depuis quelque temps et prend alors, tout d'un coup, une allure toute particulière.

Dans le premier cas, elle est des plus caractéristiques. Elle manifeste sa présence subitement par une augmentation rapide du volume de l'abdomen, qui peut prendre, en quelques semaines, de fortes proportions, allant jusqu'aux dimensions d'une tête de fœtus ou d'une grossesse à terme.

Dans le deuxième cas, le fibrome utérin, qui existait déjà depuis des années (9 ans dans l'Obs. II), se développe peu à peu, jusqu'au jour où il se met à présenter les caractères douloureux et hémorragiques que nous venons de décrire, en même temps que se précipite son accroissement.

La tumeur est donc généralement grosse, à moins que l'on ait opéré dès le début de l'évolution, à cause de l'acuité extrême des douleurs et de l'abondance des hémorragies, et l'on est fondé à dire que l'augmentation rapide de volume d'une tumeur située dans le bas-ventre et reconnue pour faire corps avec

l'utérus, est un des symptômes particuliers du myome rouge.

Cette tumeur est mobile quand, évidemment, il n'y a pas de lésions annexielles concomitantes. Perceptible au palper abdominal seul ou au palper abdominal combiné, avec le toucher vaginal, qui permet mieux de se rendre compte de son volume et de son siège, le myome rouge fait le plus souvent corps avec l'utérus, car il s'agit presque toujours de myomes interstitiels. Sa consistance varie selon que son siège est plus ou moins profond. En général, elle est plutôt mollassée, à un tel point que l'on peut penser à la présence d'une masse kystique ou à un utérus en cours de gestation. Par des examens espacés, on peut parfois se rendre compte de l'augmentation rapide de volume de la tumeur. Celle-ci est souvent douloureuse au palper, et la malade redoute alors l'examen, tellement la sensibilité du myome lui-même est exquise, les annexes restant saines et aucune autre lésion pelvienne ou abdominale ne pouvant être mise en cause.

A côté des douleurs, des hémorragies, de la présence d'une tumeur, *la température* vient compléter le tableau clinique du myome rouge. Celle-ci, et il est très important d'insister sur ce fait, se rencontre en dehors de toute maladie générale, de toute infection, suppuration ou lésion quelconque génitale coexistante. Elle coïncide avec les poussées douloureuses et les hémorragies.

Elle se présente, soit sous une forme légère, la malade étant sujette depuis un certain temps à quelques

frissons ou à quelques bouffées de chaleur sans qu'elle ait songé à user du thermomètre, soit sous une forme plus accusée : elle est alors souvent continue, oscillant entre 37°6 et 38°5, avec, parfois, des ascensions un peu plus fortes, s'accompagnant d'un pouls plus rapide à 100, 110, et coïncidant avec des crises douloureuses, et la malade n'en est jamais très incommodée, car la température n'est pas liée à un état infectieux très marqué.

Certains auteurs signalent, en outre, une fétidité spéciale de l'haleine, avec troubles dyspeptiques, anorexie, dont l'existence, pendant quelques semaines ou quelques mois, traduit un état d'intoxication ou d'infection.

Que devient, en effet, l'*état général* des malades qui ont un myome rouge ? Ce sont avant tout des personnes qui souffrent et qui saignent.

Elles souffrent, et elles demandent, elles implorent parfois qu'on les soulage, qu'on leur enlève la tumeur douloureuse qui ne fait que s'accroître et les gêner davantage à la fois par son volume et les souffrances dont elle est la cause.

Elles saignent, et c'est souvent dans un état d'anémie profonde que le médecin est appelé à les voir pour la première fois : le teint est pâle, les muqueuses sont décolorées, l'asthénie est extrême. Une métrorragie abondante en est la cause, et le myome rouge sera la surprise de l'intervention.

Tels sont les deux aspects cliniques sous lesquels se présentent le plus communément les malades. Malgré l'existence fréquente de l'élément température,

les accidents fébriles restent toujours légers, et cessent toujours dès les premiers jours qui suivent l'intervention ; ces malades ne sont pas en effet des infectées, mais plutôt des intoxiquées et cela a une importance particulière au point de vue de la nature même de ces fibromes : nous y reviendrons.

Quelle est maintenant l'évolution clinique de ces myomes rouges dont nous connaissons les symptômes ? Ils sont évidemment sujets aux complications qui peuvent venir troubler l'évolution de tout fibrome : l'embolie (Obs. xxxviii), la phlébite (Obs. xlv), se rencontrent tout aussi bien avec eux.

Mais il ne faut pas oublier que cette variété de myome utérin a une allure aigüe dans la majorité des cas. Comme l'a très bien défini Pollosson, le myome rouge est un myome douloureux à évolution rapide. C'est pourquoi les malades en général sont en quelque sorte forcées de venir consulter assez tôt : aussi la tumeur utérine n'a pas beaucoup le temps d'évoluer, de se transformer : l'hystérectomie est pratiquée au milieu des accidents aigus que d'ailleurs elle fait disparaître d'une façon étonnante. C'est ce qui explique que, au point de vue clinique, il est difficile de prédire ce qu'il adviendrait de ces myomes abandonnées à leur évolution spontanée. L'étude anatomo-pathologique nous donnera par contre à ce sujet des renseignements plus précis et plus concluants.

Tout ce que l'on peut dire pour le moment (et c'est quelque chose), c'est que le traitement chirurgical fait merveille : les malades arrivées en proie à de vives souffrances ou dans un état d'anémie intense subis-

sent une véritable résurrection: leur état général se remonte complètement très vite et la guérison évolue d'une manière aussi rapide et aussi « aiguë », si l'on peut dire, que la maladie elle-même. Le myome rouge, qui affirmait bruyamment sa présence, ne laisse aucune trace, aussitôt qu'une intervention précoce l'a fait disparaître.

*Le pronostic* en est donc relativement bénin, parce que surtout les douleurs, l'augmentation rapide du volume de l'abdomen, et l'atteinte de l'état général décident à l'opération certains malades et médecins des plus temporisateurs. Et l'on peut dire, en conclusion: « ce qui ferait la gravité du myome rouge, ce serait le retard apporté à l'intervention ».

### C). — *Diagnostic*

---

Il semble au premier abord que le diagnostic clinique du myome rouge qui présente des symptômes à allure particulière puisse être fait dans certains cas; mais les observations publiées montrent qu'il n'en est rien, et que le myome rouge, quelquefois soupçonné, reste, en général, une *découverte opératoire*.

Il existe d'abord des cas frustes où le diagnostic est presque impossible, s'il s'agit par exemple, d'un myome de petit volume qui a subi la transformation « rouge » sur un point localisé de sa surface, ce qui a été la cause d'une petite crise douloureuse, nullement caractéristique par elle-même, et ne s'accompagnant pas des autres symptômes indiqués.

Même lorsque les signes existent tous, il y a encore place pour de nombreuses erreurs.

Devant les douleurs violentes, devant la présence d'une tumeur devenue ou apparue subitement volumineuse et sensible à la palpation, on pense à la torsion d'un kyste de l'ovaire, ou encore du pédicule d'un fibrome sous séreux. Chez une femme qui présente un retard de règles, la rupture d'une grossesse tubaire peut aussi prêter à confusion.

Si en même temps que les crises douloureuses on observe un peu de réaction péritonéale avec élévation de température, il se pourra qu'on croie à des lésions annexielles ou de pelvipéritonite. Dans une de nos observations (Obs. XXXII) où les douleurs étaient localisées à la fosse iliaque droite, le diagnostic posé fut celui d'appendicite.

Les hémorragies profuses, à une époque voisine de la ménopause qui est le plus souvent aussi l'époque de l'apparition du myome rouge, sont susceptibles de faire craindre le néoplasme du corps utérin.

On voit, par ce rapide exposé, combien de syndrômes du petit bassin chez la femme peuvent plus ou moins ressembler au tableau clinique du myome rouge. Et, comme toutes ces affections sont, dans l'ensemble, beaucoup plus fréquentes que notre myome, il est donc bien naturel de les envisager d'abord. C'est ce qui explique que le diagnostic du myome rouge *soit fait d'ordinaire au cours de l'intervention*, ou même, pour être plus d'accord avec la réalité, à l'examen de la pièce après hystérectomie.

Quoi qu'il en soit, le myome rouge doit tenir sa place parmi les affections aiguës de l'appareil génital de la femme.

Toutes les fois que surviendra une crise violente dans le bas ventre, et que l'on y trouvera une tumeur qui pourra être un fibrome, sans que l'examen décèle aucune lésion ni des annexes ni des organes voisins, il faudra penser à l'existence possible d'un myome rouge qui sera moins souvent ainsi sans doute une surprise opératoire.

---

## CHAPITRE II

---

### Etude anatomique et microscopique

---

Si l'étude clinique des myomes rouges permet de leur donner déjà une certaine individualité, l'étude anatomo-pathologique offre encore plus d'intérêt, car c'est vraiment elle qui va nous permettre de connaître plus complètement cette variété curieuse de la myomatose utérine.

A l'œil nu, ce qui frappe d'abord, c'est la *coloration* tout à fait à part de ces myomes, et, c'est pourquoi POLLOSSON les a baptisés du nom de « myomes rouges », appellation devenue classique.

En effet, à la coupe, le myomè présente une couleur « rouge foncée », de « viande fraîche », ou de « coing cuit », ou encore une teinte « lie de vin » caractéristique. C'est encore l'aspect « apoplectique » que HARTMANN signalait déjà à la Société de Chirurgie de Paris, en 1902. Par places, on peut rencontrer des infiltrations sanguines et de véritables taches ecchymotiques. Mais presque toujours la coloration est à peu près uniforme, — et c'est bien là un premier caractère macroscopique important du myome rouge. A la coupe on trouve parfois de nombreux sinus vasculaires béants qui laissent sourdre du sang par la surface de section.

La *consistance* du myome rouge est mollassse, dépourvue d'élasticité, résistante à la pression. La tumeur est parfois plus ou moins lobulée.

Le myome rouge est le plus souvent *interstitiel*. Sur les 44 observations que nous avons recueillies, 15 seulement n'ont pas cette situation: 5 sont sessiles ou pédiculés par rapport au corps utérin, 4 sont sous muqueux, faisant saillie dans la cavité utérine, 2 occupent en totalité l'utérus et forment de volumineux fibromes, 3 n'ont pas de position indiquée. Dans tous les autres cas le myome est interstitiel, 10 sans situation précise, 6 occupant la face antérieure de l'utérus, 3 le fond, et 11 la face postérieure. La grosseur est variable: elle peut aller, comme nous l'avons dit, du volume d'une mandarine ou d'un poing à celui d'une tête fœtale ou d'une grossesse à terme. Dans l'Observation IV, la masse fibromateuse énorme formait une tumeur pesant 7 kilogrammes 100: c'est le plus gros myome de cette espèce enlevé par POLLOSSON.

Le myome rouge est presque toujours *encapsulé*. Quelle que soit la position qu'il occupe, et surtout lorsqu'il est interstitiel, il est le plus souvent entouré d'une capsule qui est plus épaisse que dans les myomes ordinaires et qui l'isole complètement. Sa capsule a souvent, en effet, une épaisseur de 2 à 3 centimètres. De couleur blanchâtre ou nacré, elle paraît formée de strates concentriques. Parfois elle est de consistance calcaire, comme le signale LIPPMAN. Généralement elle permet de trouver un plan de clivage rendant ainsi l'énucléation facile. Rarement elle est œdemateuse, adhérente au myome. Elle est assez vasculaire et saigne à la coupe. Quand on l'incise, on voit le myome faire, pour ainsi dire, hernie comme s'il

était comprimé à l'intérieur de la capsule; libéré de sa capsule, il s'étale au dehors.

*L'odeur* du myome est parfois spéciale. Elle est plutôt fade, quoique TEDENAT la compare à celle du poisson fait.

L'état du péritoine pelvien est tout à fait normal chez les femmes qui ont comme unique lésion un myome rouge. Nulle part on ne trouve de traces d'inflammation, ni d'envahissement néoplastique.

Cette variété de myome peut coexister avec d'autres myomes sur le même utérus.

Tantôt ceux-ci sont interstitiels comme lui, tantôt ils sont pédiculés et sous péritonéaux. Ce sont ou des myomes purs, ou des myomes en voie de dégénérescence, calcifiés, ou en voie de nécrobiose plus ou moins accusée, creusés de géodes ou de kystes, ou même de cavernes anfractueuses et contenant une bouillie puriforme. Quand plusieurs myomes coexistent et ont des positions différentes par rapport à l'utérus, le myome rouge est toujours celui qui est interstitiel.

Il peut d'ailleurs y avoir coexistence d'autres lésions de l'appareil génital: annexites, néoplasmes du corps ou du col de l'utérus. Dans ce cas son diagnostic clinique sera tout à fait impossible.

De nombreux auteurs signalent des lésions vasculaires sur les pièces d'utérus avec myome rouge. TEDENAT en particulier en a trouvé très souvent: tantôt ce sont les artères utérines dont le calibre est en une foule de points presque oblitéré par des saillies de leur paroi, tantôt ce sont des vaisseaux de plus petit calibre qui sont eux-mêmes thrombosés.

*L'étude histologique* du myome rouge a bien sa valeur, car c'est elle qui doit nous renseigner sur la nature même de cette altération.

Les avis sont là-dessus, comme nous l'avons déjà fait remarquer, bien partagés. Exposons les d'abord. POLLOSSON, quand il a décrit pour la première fois l'aspect microscopique du myome rouge, s'exprimait en ces termes :

« Il s'agit d'un myome pur à fibres musculaires  
« lisses, courtes, à noyau très développé, avec fuseau  
« coloré par l'éosine d'une façon nette. Ce qu'il y a  
« de remarquable dans la préparation, c'est l'abon-  
« dance des vaisseaux: ce sont de petites artérioles  
« bourrées de globules avec quelques hémorragies  
« interstitielles. Tout autour de ces vaisseaux, ce  
« sont des espaces clairs, des mailles remplies d'une  
« substance incolore à l'hématoxyline-éosine, mais  
« dans laquelle baignent de nombreux globules rou-  
« ges et blancs. Plus loin, disposées d'une façon con-  
« centrique par rapport à ces espaces et à ces vais-  
« seaux, ce sont des cellules jeunes à noyau volumi-  
« neux, prenant fortement le colorant. Somme toute,  
« il s'agit d'un myome jeune avec vascularisation  
« très abondante et hémorragies interstitielles. »

Et POLLOSSON, à la Société de Chirurgie de Lyon, déclarait: « Qu'il serait dommage de vouloir d'emblée  
« mettre dans la catégorie des fibromes infectieux  
« ou gangréneux les myomes rouges. Ces myomes se  
« rencontrent en général comme une tumeur utérine  
« qui subit une poussée aiguë, mais, lorsqu'il s'agit  
« de déterminer leur nature gangréneuse, lorsqu'il

« s'agit de savoir s'il y a des phénomènes d'infection  
« à l'origine de cette complication particulière, on ne  
« peut conclure. »

D'autre part, il insistait sur la nécessité de différencier les myomes rouges et les myomes avec nécrobiose, se fondant sur l'examen histologique qui, au lieu des zones difficilement colorables et partiellement nécrosées caractéristiques des tumeurs en voie de spaccèle, montre au contraire dans les myomes rouges des éléments jeunes en état de reproduction active. Les myomes rouges répondraient donc à des lésions intermédiaires ou à des lésions de début, peut-être d'évolution maligne.

Telle était l'opinion de POLLOSSON, qui fut reprise par ses élèves.

Les auteurs, qui, après lui, s'occupèrent de la question n'arrivèrent pas aux mêmes conclusions. La plupart d'entre eux trouvent, au contraire, dans les fragments de myome rouge un processus nécrobiotique très net. TÉDENAT et TZELEPOGLOU, qui ont publié l'étude la plus récente, donnent au point de vue de l'examen histologique les résultats suivants :

Ils se sont d'abord occupé de la capsule blanche qui entoure le myome rouge. « Quand on examine, disent-ils, la zone blanche en des points éloignés de la masse rouge, on constate une augmentation du tissu conjonctif du myome. On voit des nodules musculaires séparés par une couche collagène étendue. Cette formation conjonctive est constituée par des fibrilles très fines, sans cellules fixes, distantes les unes des autres et dissociées en plusieurs points

« par l'infiltration œdémateuse. Autour des lobules  
« myomateux, les fibrilles se disposent en une cou-  
« ronne lâche d'épaisseur variable. Le tissu interfas-  
« ciculaire a lui aussi participé à ce développement ;  
« il envahit les faisceaux musculaires et forme au-  
« tour des fibres cellules une gaine épaisse que l'on  
« suit très bien sur les fibres coupés suivant l'axe  
« longitudinal. Les îlots myomateux présentent une  
« légère modification de leurs qualités tinctoriales.  
« L'hématéine-éosine teint le muscle d'une façon un  
« peu pâle et diffuse ; les noyaux sont peu nombreux.  
« Quant aux fibres, elles sont boursoufflées, gonflées,  
« en état de dégénérescence œdémateuse peu avancée,  
« mais nette. Les vaisseaux sont peu nombreux, leur  
« paroi est épaissie et infiltrée de leucocytes. Leur  
« lumière est étroite avec quelques globules rouges ;  
« certains petits vaisseaux sont thrombosés. »

TÉDENAT et TZELEPOGLOU font ensuite la description  
suivante de la masse rouge : « Ce qui frappe, disent-  
« ils, c'est la richesse en vaisseaux qui donnent au  
« myome un aspect angiomateux : ce sont des cavités  
« vasculaires de forme irrégulière et de calibre iné-  
« gal, la plupart bourrées de globules rouges. Les lu-  
« mières vasculaires sont bordées généralement par  
« une paroi épaissie ; mais il n'est pas rare de voir  
« cette paroi mince, de la voir même manquer en  
« quelques points, ce qui permet une communication  
« avec les vaisseaux voisins, ou bien des hémorra-  
« gies interstitielles qui sont très communes dans  
« tout le tissu intervasculaire.

« Les éléments fibro-musculaires sont partout frap-  
« pés de mort : ils ont perdu leurs affinités tinctoria-  
« les : sur des coupes à l'hématéine éosine orange le

« stroma et le muscle s'y trouvent confondus. On ne  
« trouve pas d'amas leucocytiques. On trouve au  
« contraire de gros macrophages, clairs, chargés  
« sans doute d'éliminer les produits de désintégra-  
« tion résultant du processus de nécrose. Avec le  
« Soudan on trouve des îlots de dégénérescence  
« graisseuse. Il n'y a pas de fibres élastiques. »

En résumé, pour ces auteurs, la dégénérescence rouge est marquée par la nécrobiose du tissu fibromusculaire, avec telangiectasie et abondante infiltration hémorragique. Quant à la capsule, elle est surtout frappée de dégénérescence œdémateuse.

La description histologique de TEDENAT et TZELEPOGLOU est celle que l'on retrouve dans beaucoup d'ouvrages sur les myomes rouges : LECÈNE, BÉGOUIN et son élève GAMBIER, BRINDEAU, BARBOUTH, concluent d'une manière analogue.

Les auteurs allemands, et en particulier le Docteur W. LIPMANN, décrivent ainsi l'aspect microscopique des myomes « pouvant aller du rouge carmin clair au rouge brun », selon leur définition : « On voit des fibres musculaires avec un noyau plus mal coloré, des contours effacés, une enflure sans netteté révé-  
« lable par l'acide acétique et la lessive de potasse ;  
« la dégénérescence graisseuse manque rarement  
« comme phénomène d'accompagnement. Les noyaux  
« des fibres musculaires se maintiennent quelque  
« temps. A la fin ils se décomposent en détritits in-  
« formes entre les amas desquels on voit des aiguilles  
« d'acides gras et des gouttelettes de graisse libres,

« des cellules errantes, des phagocytes, dans les cas  
« plus anciens des dépôts calcaires. »

Cette conception anatomo-pathologique se rapproche en grande partie de celle de Tedenat.

De ce qui précède, il résulte donc que l'on se trouve en présence de deux théories bien distinctes pour expliquer la nature histologique du myome rouge :

1° Celle de Pollosson qui considère le myome rouge comme un myome en voie de développement rapide avec éléments musculaires jeunes.

2° Celle de la grande majorité des auteurs qui après lui étudièrent le myome rouge et le font rentrer dans la catégorie des myomes en voie de dégénérescence.

Nous avons pu, pour notre part, faire l'examen histologique d'une dizaine de myomes rouges. Les coupes ont porté en différents points de la pièce anatomique, soit près de la capsule, soit au contraire en plein centre du myome. Elles ont été colorées à l'hématéine-éosine ou à l'hématéine-éosine safran. Voici ce qu'il nous a été permis d'observer :

Sur toutes nos préparations, ce qui frappe au premier abord, c'est l'*abondance des vaisseaux* : tantôt ce sont des capillaires, avec une paroi nettement différenciée, bourrés de globules rouges, tantôt ce sont de simples lacunes vasculaires, bordées le plus souvent d'un mince endothélium, et parfois si nombreuses que la coupe en paraît comme criblée : le myome prend alors un aspect télangiectasique. Ces lacunes sont dilatées, parfois rompues en certains points,

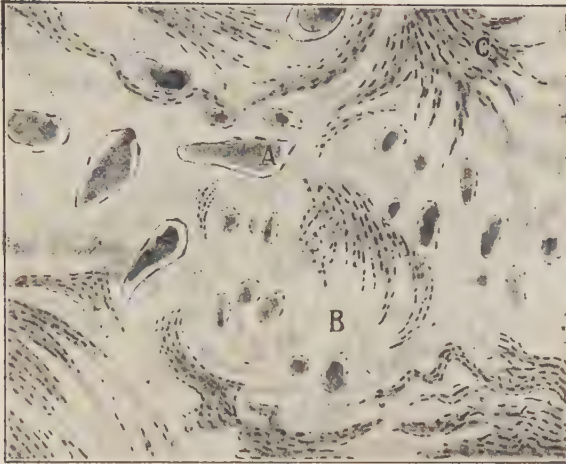


Fig. 1. — Myome rouge.

A) nombreux capillaires dilatés à parois minces. B) zones de nécrobiose (les plus nombreuses). C) zones avec fibres musculaires normales ou d'aspect embryonnaire.



Fig. II.

Zône (C) de la figure précédente (vue à un plus fort grossissement) fibres musculaires courtes, bien colorées et nombreux vaisseaux lacunaires.



d'où la formation d'hémorragies interstitielles qui s'infiltrèrent dans la préparation.

La majeure partie de la coupe d'autre part *est formée de tissu musculaire* qui a subi d'ailleurs de grandes modifications. Le tissu conjonctif est très peu abondant et se présente sous la forme de tissu muqueux, qui a éprouvé partiellement la dégénérescence œdémateuse. Les fibres musculaires elles-mêmes apparaissent sous deux aspects très dissemblables. Par endroits, elles sont en voie d'effacement, à peine teintées en rose par le colorant acide, et elles sont plus ou moins déformées. Leurs noyaux prennent aussi très mal le colorant. Parfois la dégénérescence est tellement accusée qu'on ne peut plus reconnaître le tissu musculaire : *le muscle utérin est comme frappé de mort.*

A côté de ces zones qui marquent sans conteste que le myome est atteint dans sa vitalité, il s'en trouve d'autres qui forment un véritable contraste avec les précédentes. Elles sont en général moins fréquentes, mais peuvent occuper toute une préparation ; elles nous sont apparues nettement surtout sur les belles préparations qu'a bien voulu nous montrer si aimablement M. le Professeur agrégé FAYRE : on y voit des fibres musculaires courtes, bien distinctes les unes des autres, à noyau très développé, avec fuseau coloré par l'éosine d'une façon nette : *ce sont des éléments musculaires jeunes de nouvelle formation.*

Nulle part nous n'avons trouvé d'infiltration leucocytaire, ni de signes de transformation maligne du tissu musculaire.

Beaucoup d'auteurs, dont TEDENAT, LECÈNE, ayant signalé des îlots de dégénérescence graisseuse, nous avons coloré des coupes au soudan et au scarlach : ces îlots existent, mais en très petit nombre, et sur la plupart des préparations traitées par ces colorants, la teinte rose ou rouge prouvant la présence de graisse, ne nous est apparue qu'en des points très limités.

Avec l'appareil polariseur, nous avons recherché au microscope les cristaux d'acides gras. Cet examen nous a bien fait voir de nombreux cristaux, mais ceux-ci disparaissaient par l'effet de la chaleur, pour réapparaître sous l'action du refroidissement. Or ce caractère n'est pas le propre des cristaux d'acides gras, mais des cristaux de cholestérine. La présence de ces cristaux constitue un signe de désagrégation des éléments du myome rouge. LIPMANN, qui les a trouvés, lui aussi, le fait remarquer.

Nous avons enfin coloré des coupes au muci-carmin pour chercher les signes de dégénérescence muqueuse : sur aucune de nos préparations n'est apparue la couleur rouge caractéristique de cette altération.

A plusieurs reprises ont été pratiqués des *examens bactériologiques* de fragments prélevés aseptiquement au centre du myome rouge : les cultures sont toujours et dans tous les cas restées stériles après ensemencement de tous les milieux aérobies et anaérobies. L'examen des coupes colorées au Gram et à la thionine n'a jamais montré la présence de microbes.

Telles sont les considérations anatomo-pathologiques que l'étude des myomes rouges nous a permis d'établir.

## CHAPITRE III

---

### Interprétation des faits Cliniques et anatomo-pathologiques

---

D'après les symptômes cliniques, d'après le résultat des examens macroscopique et microscopique, que nous venons d'exposer, nous allons essayer de déterminer la nature du myome rouge.

L'étude histologique de toutes nos préparations nous a montré un myome avec de nombreux vaisseaux la plupart de nouvelle formation, ayant l'aspect de lacunes vasculaires à parois fragiles, d'ailleurs souvent rompues. Il existe donc dans le myome rouge des *troubles circulatoires*, qui vont déterminer des modifications de ses éléments.

La première et la plus fréquente de ces modifications est la *dégénérescence nécrobiotique*. Quelle est la nature de cette nécrobiose ? Elle s'accompagne bien cliniquement d'une poussée modérée de température, mais, sur les coupes examinées, nous n'avons pas trouvé d'infiltration leucocytaire, ni de diapédèse autour des vaisseaux. L'examen bactériologique d'autre part est toujours resté négatif. Il ne peut donc pas être question d'une infection due à un envahissement microbien : d'ailleurs on sait que cliniquement

les malades ne se présentent pas comme des infectées. C'est donc bien d'une *nécrobiose aseptique* qu'il s'agit dans le myome rouge. Les fibres musculaires sont plus ou moins atteintes dans leur vitalité; l'infiltration granulo-graisseuse de ces fibres est certainement peu accusée, ce qui indiquerait plutôt une lésion au début de son évolution. TEDENAT et TZELEPOGLOU semblent établir un rapport assez étroit entre la dégénérescence rouge et l'infiltration grasse: ils rapportent le cas d'une de leurs opérées chez qui une masse du volume de deux poings était un vrai « sac de saindoux », une autre masse du volume de trois poings avait subi la nécrobiose rouge totale, ainsi qu'une troisième. Nous croyons qu'il ne faut voir là qu'une simple coïncidence, et que rien n'autorise à dire que le myome rouge doive subir par la suite l'infiltration grasse.

A côté de ces zones de dégénérescence, notre myome présente en second lieu des *zones nettes de nouvelle formation*, telles que les avait décrites POLLOSSON.

Il apparaît donc que le *myome rouge présente les deux lésions opposées signalées par les différents auteurs* et que, à côté du processus de dégénérescence noté par TEDENAT, LECÈNE et tant d'autres, se trouve le processus de régénérescence décrit par POLLOSSON. Cette coïncidence semble un peu étrange au premier abord, mais nullement impossible: il arrive souvent dans l'organisme que de pareilles associations se manifestent du processus réparateur et du processus destructeur, le premier essayant de compenser le second.

Le myome rouge est un myome qui subit *une poussée aiguë*, comme le montre son histoire clinique. Cette poussée aiguë est due, comme il est logique de le supposer, à des troubles circulatoires que nous étudierons plus en détails par la suite. Par endroits le myome est nourri uniquement par des vaisseaux à paroi mince, très friable, par des lacunes vasculaires qui se rompent facilement : il en résultera de la dégénérescence des fibres musculaires dans les territoires ainsi privés de circulation. Par contre, certaines zones pourront conserver une circulation active et voir apparaître des éléments musculaires jeunes.

Il faut en conclure *que le myome rouge est avant tout un myome, en voie d'évolution, qui voit apparaître, le plus souvent brusquement, au sein de sa masse, des transformations qui s'effectuent avec rapidité* : tantôt c'est un début de nécrobiose aseptique, qui frappe les fibres musculaires, tantôt c'est au contraire l'apparition de zones musculaires de nouvelle formation : l'histoire clinique et l'étude anatomo-pathologique viennent toutes les deux à l'appui de cette conception.

Notre interprétation ne correspond évidemment pas tout à fait à celle que donne, dans sa thèse, MICHALOUX-JIMBERT, sous l'inspiration de POLLOSSON. Les zones de nécrobiose, signalées d'ailleurs par la plupart des auteurs existent sans conteste dans le myome rouge. MICHALOUX-JIMBERT déclare que, s'il s'agissait de nécrobiose, l'affection évoluerait d'une façon continue et non par poussées successives alternant avec des périodes où le myome est latent.

Ce n'est certes pas là un argument décisif. Et s'il se peut que la nécrobiose soit brusque et se manifeste

d'une façon aiguë frappant le myome sur une grande partie de son étendue, pourquoi ne pourrait-elle pas se faire plus lentement sous la forme de petits foyers multiples, dont la formation correspondrait aux poussées douloureuses ? C'est ce que les auteurs allemands expliquent en disant : « La nécrose du myome « s'accomplit parfois d'une façon tout à fait locale, « auquel cas on arrive à la formation d'un séquestre ». Ces « séquestres » correspondent aux noyaux rouges, un peu diffus, au nombre de un, deux ou trois, rencontrés souvent au centre d'un myome dont l'ablation a été faite avant que la dégénérescence rouge ait pu s'étendre davantage.

L'étude clinique et anatomo-pathologique du myome rouge permet aussi d'éliminer toute idée de malignité au sujet de sa nature. Après l'ablation de cette variété de tumeur utérine on n'a jamais noté de récurrence d'ailleurs, l'évolution clinique, qui accuse cependant quelque ressemblance avec celle du myome rouge par la douleur, les hémorragies et l'accroissement rapide de la tumeur, est beaucoup plus rapide dans les fibromes frappés secondairement de transformation sarcomateuse. Notre myome n'a pas non plus l'aspect variable ni la coloration inégale, blanchâtre en certains points, jaunâtre en d'autres, du myome en voie de dégénérescence sarcomateuse. A l'examen microscopique on ne trouve ni cellules rondes séparées par des trames de tissu conjonctif, ni cellules fusiformes, ni cellules géantes — et surtout dans le myome rouge le tissu conjonctif est très peu abondant, réduit à d'infimes proportions. La capsule par contre est nettement constituée, épaissie même, au lieu d'être pénétrée et envahie par le néoplasme comme elle l'est

dans le sarcome utérin. Tous ces faits montrent suffisamment que la variété de la myomatose utérine dont nous nous occupons ne présente rien d'analogue avec la dégénérescence sarcomateuse.

De même le myome rouge ne peut être confondu avec le « cancer musculaire lisse » décrit par CONDA-MIN en 1896 et que l'on appelle encore le leiomyome malin. Cette forme de dégénérescence a été particulièrement bien étudiée à Lyon par MM. GOULLAUD et MOLLARD, GANGOLPHE et DUPLANT, PAVIOT et BÉRARD, DEVIC et GALLAVARDIN, VIOLET et ALAMARTINE.

MICHALOUX-JIMBERT, dans sa thèse, a étudié les caractères différents de ces deux affections. Nous y relevons les indications suivantes :

Le myome malin, suivant la définition de CON-LAMIN, est une véritable tumeur maligne à point de départ musculaire : c'est « un cancer musculaire lisse ». Cliniquement, il évolue d'une manière rapide, se manifestant par des douleurs, des hémorragies abondantes et une altération rapide de l'état général. Les ganglions sont envahis. La tumeur utérine prend un développement considérable. Elle adhère et s'étend aux organes voisins : les ligaments larges, la vessie étaient aussi envahis dans le cas cité par MM. BÉRARD et CHARVET. Les métastases sont possibles : MM. DEVIC et GALLAVARDIN en signalent dans le foie, les reins, les poumons, le pancréas, le corps thyroïde. Ces deux auteurs ont noté des récidives précoces. Tous ces symptômes sont différents de ceux que nous avons signalés dans l'étude du myome rouge qui ne s'accompagne jamais ni de retentissement ganglionnaire, ni d'envahissement des organes, ni de métastases. et

qui n'est jamais suivi de récidives. D'ailleurs, macroscopiquement, le myome malin se présente sous un aspect blanc nacré à cause de sa pauvreté en vaisseaux; et au sein des noyaux néoplasiques apparaissent fréquemment des masses mortifiées sous l'aspect de géodes à contenu gélatiniforme. L'examen microscopique révèle aussi de grandes différences entre le myome rouge et le cancer musculaire lisse; dans ce dernier, en effet, on trouve uniquement des fibres musculaires disposées en faisceaux d'orientations diverses et formant des sortes d'arcades plus ou moins curvilignes. Toutes les fibres cellules présentent une structure adulte. Il n'y a pas du tout enfin de stroma conjonctif.

En résumé le myome rouge, qui mérite bien le nom de myome, car l'élément musculaire y prédomine nettement, *ne ressemble pas du tout à une tumeur maligne pas plus qu'à une tumeur en voie de suppuration. C'est un myome dans lequel le tissu musculaire est en proie à de profondes et brusques altérations qui se manifestent subitement et dont la nécrobiose aseptique semble être la plus importante.*

Quelle est la cause de ces transformations ? Comment se fait-il qu'elles se traduisent par cette coloration rouge du myome ? Comment expliquer les symptômes qu'elles déterminent ?

Nous allons essayer de répondre à ces questions.

---

## CHAPITRE IV

---

# Etiologie et Pathogénie

---

### 1) ETIOLOGIE

Ces altérations du tissu musculaire que nous venons de signaler et, en particulier, ce début de nécrobiose aseptique, de ramollissement d'un myome utérin, ne peuvent s'expliquer que par des troubles circulatoires survenus dans son territoire. C'est l'ischémie qui est la cause directe de la nécrobiose des fibromes, et la succession des phénomènes s'impose ainsi à l'esprit :

- 1) Suppression de la circulation ;
- 2) Arrêt de la nutrition de la tumeur ;
- 3) Diminution progressive de sa vitalité ;
- 4) Altération de ses éléments histologiques qui se mortifient sur place.

Comment expliquer cette « ischémie » ?

Certains auteurs ont voulu en faire une lésion d'ordre infectieux : c'est l'opinion de ROSS et HENBRICK que la dégénérescence rouge, fréquente pendant la gestation, est causée par la présence d'un des microbes hémolytiques : staphylocoque, streptocoque, diplocoque, qui avoisinent le fibrome dans le vagin ou l'intestin et peuvent infecter la paroi utérine. Nous ne saurions admettre cette manière de voir, puisque l'examen bactériologique de morceaux de myome rouge, prélevés aseptiquement, est toujours resté négatif.

Bien plus nombreuses d'ailleurs et bien plus vraisemblables sont les théories qui mettent en cause des troubles circulatoires. Nous allons rapidement les passer en revue.

STEVENS, d'après ses propres constatations, suppose qu'il se produit une thrombose des veines de la capsule.

DOLÉRIS incrimine la stase vasculaire qui produit du tissu fibromateux par hydratation des éléments du tissu conjonctif. Ces éléments sont dissociés. Ainsi se constituent des géodes.

SCHENK admet une compression du fibrome dans sa loge devenue trop étroite du fait de l'accroissement rapide de la tumeur. Cette théorie n'explique pas les cas dans lesquels il existe des nodules normaux à côté de nodules dégénérés.

HAULTAIN accorde une grande importance aux obstacles circulatoires qui se produisent dans la capsule entourant le tissu néoformé. L'empêchement de la circulation de retour explique la diffusion des substances colorantes du sang et la coloration rougeâtre de ces tumeurs.

Certains auteurs ont soutenu la théorie de la compression directe non plus par la capsule, mais par les organes voisins (adhérences) ou par enclavement dans l'excavation (fibromes du segment inférieur et du col).

Selon KRÜKENBERG, sous l'influence d'efforts, comme la défécation, il peut se produire des ruptures vasculaires qui provoqueraient un hématome entre la capsule et le tissu myomateux. La compression qui en résulte amène la nécrose de la tumeur qui peut s'infecter ultérieurement.

VAUTRIN pense que les « contractions utérines tendent à imprimer au fibromyome des déplacements dans sa loge, des mouvements de rotation qui raréfient le tissu cellulaire lâche dont s'entoure la capsule. Les tractus vasculaires qui unissent le tissu utérin à la capsule du fibrome sont déchirés en totalité ou en partie, et, dès lors, le fibrome isolé dans sa gangue ne participe que très faiblement aux échanges nutritifs du tissu ambiant ».

FREUND attribue une grande importance aux altérations vasculaires. Il cite des cas de dégénérescence scléreuse des artères périphériques, de prolifération de l'endothélium, et signale que dans les parties centrales des tumeurs en voie de nécrobiose furent trouvées des veines congestionnées et en partie thrombosées.

BÉGOUIN, et ses élèves, GAMBIER dans sa Thèse, et BARDON dans un article original, ont étudié la vascularisation des myomes interstitiels ; c'est dans cette situation, on le sait, que sont le plus souvent les myomes rouges. Ces auteurs arrivent aux conclusions suivantes :

Dans tout fibrome, il existe à la fois un réseau vasculaire central et un autre périphérique. Mais au point de vue des relations de ces deux réseaux entre eux, on doit distinguer deux types :

1°) La vascularisation périphérique et la vascularisation centrale sont plus ou moins anastomosées entre elles ;

2°) Les deux circulations périphérique et centrale restent indépendantes, la masse centrale du nodule myomateux n'étant nourrie que par une artère à type

terminal. Pour s'en assurer, GAMBIER, après avoir disséqué aussi loin que possible les terminaisons artérielles à l'intérieur du noyau fibromateux, a pratiqué l'énucléation de ce noyau. En aucun point il n'a trouvé de pénétration vasculaire ou d'anastomoses avec l'artère nourricière du noyau.

BARDON a examiné, après injection de substance opaque dans les artères utérines, la vascularisation de myomes en voie de nécrobiose. Il a vu sur une radiographie qu'une partie de l'utérus, qui était saine, était vascularisée, tandis que l'autre, qui répondait à la lésion nécrotique, était dépourvue de vaisseaux.

LOBENSTINE suppose que l'ischémie se produit par sclérose, par thrombose artérielle, ou encore par stase dans les systèmes circulatoires et lymphatiques survenant dès les premiers jours de la grossesse.

CHAVANNAZ et NADAL ont observé l'irrigation des nodules fibromateux : ils en concluent qu'elle est assurée par plusieurs artères. Ils pensent que l'ischémie par altération vasculaire est possible ; mais il faut admettre des lésions étendues.

J.-L. FAURE et SIREDEY exposent que les fibromyomes repoussent devant eux le tissu utérin en s'entourant d'une sorte de coque conjonctive qui rend leur énucléation facile. Bien qu'il y ait entre eux et les parties voisines des connexions vasculaires sans lesquelles leur développement ne serait pas possible, ces connexions sont en général fragiles : elles peuvent même disparaître en provoquant parfois le ramollissement du noyau qui se trouve privé de tout apport sanguin.

KEIFFER enfin, se fondant sur des études microscopiques faites en séries de fibromes jeunes sur des utérus injectés à la gélatine et au carmin, constate l'existence de deux sortes de fibromyomes :

Les uns sont diffus, sans limites précises, avec peu de vaisseaux, constituent de vrais centres de myomatose et font partie intégrante du tissu utérin. Ils participent à la circulation utérine et subissent rarement la dégénérescence secondaire par manque de circulation artérielle;

Les autres, au contraire, sont bien circonscrits et sont entourés d'une capsule plus ou moins épaisse. Ce sont de vrais noyaux susceptibles de migration, contre lesquels semble lutter l'utérus par ses mouvements contractils et par le mécanisme d'une vascularisation intense qui entoure les noyaux; grâce à quoi ceux-ci émigrent vers le péritoine ou vers la muqueuse. Cette vascularisation les encercle, comme elle ferait pour de véritables corps étrangers dont elle voudrait amener la résorption ou l'exclusion. Quant à leur vascularisation propre, elle est plus ou moins bien assurée par un système de capillaires très ténus et très rares. On comprend facilement que ces tumeurs soient mal irriguées et souvent anémiées, et soient soumises de ce fait à des altérations profondes de leur nutrition et partant de leur structure.

Il se dégage clairement de ces diverses théories que l'ischémie artérielle semble bien être à la base du processus qui amorce la dégénérescence nécrobiotique. Il apparaît, d'autre part, aussi que, surtout pour les myomes interstitiels (et ce sont ceux qui nous intéressent), l'irrigation artérielle est très mal assurée par

des artères de fin calibre, comme le fait si bien remarquer KEIFFER. Et les études intéressantes de GAMBIER et BARDON sur la vascularisation de ces myomes permettent d'expliquer la dégénérescence rouge aussi bien que s'explique le ramollissement cérébral. L'oblitération d'une artère terminale en est la cause dans les deux cas.

Cette vascularisation précaire est à la merci du moindre agent interrupteur et la plus petite lésion artérielle peut donner naissance à des troubles circulatoires dans le territoire du myome. Ces lésions des artères ont été constatées dans certains cas : TÉDENAT signale dans la plupart de ses observations des thromboses et des lésions endartéritiques. Avec TZELEPOGLOU, il rapporte l'examen suivant d'une pièce enlevée par hystérectomie : « Il s'agissait d'un gros utérus » dont les parois étaient bourrées de menus fibromes » durs ; un pédicule long de 3 cm., large de 5, épais » de 2, portait un fibrome un peu mou, arrondi, avec » trois vagues bosselures, du poids de 2.520 gr. en » dégénérescence rouge totale. Les menus fibromes » inclus dans le corps utérin étaient durs à la coupe. » Quelques-uns étaient ponctués de rouge ». Les auteurs furent frappés de l'épaisseur de la paroi des artères utérines dont le calibre était en une foule de points presque obstrué par des saillies de la paroi. Dans le pédicule du gros myome, plusieurs vaisseaux veineux étaient ça et là thrombosés.

Il existait donc, sur cette pièce anatomique, des lésions artérielles nettes : comme c'étaient les artères utérines elles-mêmes qui étaient lésées, il est bien naturel que la dégénérescence rouge ait porté sur plusieurs et différents noyaux myomateux.

Quelle est *la cause de l'oblitération artérielle* qui amène la dégénérescence du noyau myomateux?

GAMBIER classe les lésions vasculaires possibles en quatre groupes :

- 1° L'artérite oblitérante;
- 2° La formation de dépôts fibrineux par suite de lésions de l'épithélium artériel;
- 3° L'artério-sclérose utérine;
- 4° L'embolie.

Il est difficile de connaître les causes exactes de ces lésions artérielles. Tout ce que l'on peut affirmer, c'est que, dans la genèse du myome rouge, la grossesse, ou mieux le passé obstétrical, joue un rôle important.

Notre myome, comme nous l'avons fait remarquer, se manifeste de préférence soit pendant la gestation, soit dans les suites de couches, soit encore une ou plusieurs années après le dernier accouchement. MAURY note que, dans la majorité des cas qu'il a pu rassembler, le myome rouge accompagne la grossesse. Pour BLAND-SUTTON, les dégénérescences nécrobiotiques se voient seulement associées à la grossesse. BRINDEAU déclare que tous les fibromes extirpés pendant la grossesse présentent plus ou moins cette altération. VIANA insiste lui aussi sur le rôle considérable joué par la grossesse dans la genèse des différentes altérations des fibromyomes : ramollissement et développement rapide de la tumeur, surtout pour les fibromes intramuraux ou sessiles, augmentation de volume des lymphatiques, hémorragies interstitielles, tendance à la transformation colloïde.

Sans aller jusqu'à adopter l'opinion de MAURY, de BLAND-SUTTON ou de BRINDEAU, il n'est pas douteux que le passé obstétrical semble devoir être mis au premier plan dans l'étiologie des myomes rouges.

Mais il faut relever d'autres causes non gravidiques de la nécrobiose, et une autre étape de la vie génitale de la femme doit entrer en ligne de compte : c'est la ménopause, à cause des phénomènes de congestion de l'appareil génital de la femme qu'elle détermine et qui peuvent amener des troubles de la circulation, particulièrement préjudiciables à un nodule myomateux interstitiel dont la vascularisation est si précaire. Grossesse et ménopause semblent donc apparaître comme les deux sources les plus fréquentes de la dégénérescence rouge. Il est certain que ces deux époques marquent un trouble net dans la vie génitale de la femme. Les contractions utérines de la grossesse peuvent provoquer des traumatismes artériels qui prédisposent à l'oblitération, ou encore, comme le signale VAUTRIN, imprimer au fibromyome des déplacements dans sa loge capables de déchirer en totalité ou en partie les tractus vasculaires qui unissent le tissu utérin à la capsule du fibrome, et dès lors, le fibrome, isolé dans sa gangue, ne participe que très faiblement aux échanges nutritifs des tissus ambiants.

En somme, le myome rouge, au point de vue étiologique, est la *conséquence de troubles circulatoires qui se produisent dans son territoire et qui sont le plus souvent conditionnés par la gestation et la ménopause*. Ce sont peut-être encore là des hypothèses, mais fondées en tout cas sur des faits.

## II) PATHOGÉNIE.

Tout d'abord, comment se fait-il que le myome rouge ait cette coloration si spéciale de « viande de boucherie » ou « lie de vin » ?

D'après MICHALOUX-JIMBERT, elle s'explique « par « l'abondance des vaisseaux que l'on trouve dans les « coupes histologiques des myomes rouges, et par « l'hyperphasie des fibres lisses; il s'agit d'un « myome où le tissu conjonctif fait presque défaut et « dans lequel l'élément musculaire a pris un grand « développement. Tenons compte en outre de la con- « gestion active de la tumeur en évolution, des hé- « morragies interstitielles, et aussi, vraisemblable- « ment, de la diffusion de la matière colorante du « sang dans le tissu myomateux ».

FERRONI, GEBHARD, LECÈNE, donnent une explication analogue.

D'après TÉDENAT, le sang, qu'il stagne dans les capillaires par suite du ralentissement de la circulation due aux lésions vasculaires, ou qu'il soit épanché autour des vaisseaux altérés, rompus, thrombosés, ne tarde pas à être hémolysé et à teindre le néoplasme.

Pour LEITH MURRAY, l'hémolyse est le fait essentiel. « Le lakage du sang explique la couleur rouge « qui diminue d'intensité s'il s'y ajoute; en forte « proportion, des lipoides ou des granulations graisseuses soit dans les cellules musculaires, soit dans « le tissu conjonctif ».

Voici comment cet auteur résume la question de la couleur des myomes en nécrobiose de degré variable:

1<sup>er</sup> Degré : dégénérescence rouge : la substance lipoïde est juste suffisante pour produire l'hémolyse parfaite.

2<sup>e</sup> degré : dégénérescence brune ou grise : la substance lipoïde est en excès.

3<sup>e</sup> degré : dégénérescence jaune : la substance lipoïde est abondante, déterminant déjà un degré avancé de saponification.

4<sup>e</sup> degré : le savon lipoïde est insuffisant pour produire l'hémolyse, qui est arrêtée par le plasma sanguin.

Cette explication « d'ordre chimique » est, évidemment, comme le fait observer TÉDENAT, peu précise et peu claire.

En somme, il semble que la teinte rouge soit bien due, d'une part, aux hémorragies interstitielles et à la stagnation du sang dans les capillaires où il est probable qu'il ne tarde pas à être hémolysé, et par cela même à teindre le néoplasme, et, d'autre part, à la prédominance du tissu musculaire. Quant aux hypothèses de LEITH MURRAY, nous les trouvons, pour ce qui concerne le myome rouge, en concordance avec ce fait que, contrairement à l'avis de certains auteurs, nous avons remarqué très peu de lipoïdes dans les préparations colorées au soudan ou au scarlach que nous avons faites.

Cette couleur rouge du myome ne nous semble pas devoir être une coloration définitive. Elle est appelée à subir des modifications. Ainsi que le dit LIPPMANN : « par des hémorragies répétées, la teinte s'accroît » jusqu'au noir violacé. D'anciennes hémorragies

« produisent des nuances jaunâtres. La consistance  
« devient plus molle, la tumeur devient friable, cas-  
« sante; à la fin, il peut en résulter une bouillie sem-  
« blable à de la moutarde ».

Le myome rouge n'est donc qu'une forme de pas-  
sage, un début d'évolution.

L'odeur parfois particulière du myome rouge est  
attribuée par MAURY à la présence de corps aminoïdes  
qui proviennent de la désagrégation des fibres mus-  
culaires.

Au point de vue clinique, le myome rouge se mani-  
feste le plus souvent sous l'aspect d'une tumeur qui  
modifie rapidement son volume. C'est, en effet, un  
myome qui est en évolution complète, qui est en proie  
à des troubles circulatoires marqués, qui voit ses  
capillaires se dilater, se rompre, et des hémorragies  
envahir sa masse. D'autre part, il présente par en-  
droits des zones de néoformation avec des fibres mus-  
culaires courtes, jeunes, à noyaux très développés.  
De nombreuses modifications se produisent donc dans  
la texture même du myome rouge, et la présence de  
ces hémorragies interstitielles, de ces zones de régé-  
nérance, peuvent bien expliquer l'augmentation  
souvent rapide de la tumeur qui se transforme.

Des douleurs souvent très violentes font aussi par-  
tie du cortège symptomatique du myome rouge, en  
dehors de toute lésion annexielle ou infection sura-  
joutées, en dehors de tout enclavement, de tout signe  
de compression. Ces douleurs violentes ne semblent  
être qu'une conséquence de la transformation rapide  
de la tumeur. En effet, le plus souvent, le myome

rouge est maintenu dans sa coque de tissu conjonctif qui lui forme une capsule plus ou moins épaisse, le tout étant inclus au sein du parenchyme utérin. Cette capsule ne peut se laisser refouler rapidement et subir une aussi prompte distension sans réagir, de son côté, le myome, qui refoule vivement sa capsule, éprouve une forte compression.

Cette distension et cette compression forcées sont donc deux causes de vives douleurs, d'autant plus que des éléments nerveux peuvent se trouver à l'intérieur de la tumeur. ASTRUC et DUPUYTREN ont décrit des nerfs dans les fibromes, HEITZ a figuré leurs terminaisons, et HANOT a vu des plexus nerveux au contact de fibres musculaires lisses.

Les tumeurs fibreuses, à quelque variété qu'elles appartiennent, déterminent toujours du côté de l'utérus des modifications, et la muqueuse elle-même subit des altérations histologiques: on y constate la présence d'une grande quantité de vaisseaux dilatés et environnés par endroits d'extravasations sanguines. La muqueuse utérine, ainsi atteinte d'endométrite, joue un rôle important dans la production des hémorragies. Dans le myome rouge, ces hémorragies sont souvent, comme on l'a vu, très abondantes: il est évident que cette variété de myome, comme toutes les autres variétés du reste, produit de la congestion au niveau de la muqueuse enflammée, et d'autant plus que son développement est plus rapide, son évolution plus aiguë.

Ces hémorragies entraînent souvent une anémie intense. Mais, comme le fait remarquer M. le Professeur TIXIER, cette anémie grave et progressive n'est

pas toujours due uniquement aux pertes de sang. En effet, les modifications de qualité du sang que l'on pourrait croire caractéristiques de l'anémie par hémorragie et même les manifestations de l'hémolyse peuvent dépendre de la nature histologique des fibromes. C'est ainsi que, selon LEITH MURRAY, les myomes rouges, au cours de leur évolution, déversent dans le sang des lipoïdes hémolytiques.

Au dernier Congrès de Chirurgie de Paris (octobre 1924), JAYLE signale qu'il a relevé aussi l'existence de fibromes déterminant une altération de l'état général qui n'est pas en rapport avec les pertes de sang : c'est ce qu'il appelle les fibromes toxiques. Un cobaye, qui avait reçu sous la peau 4 cm<sup>3</sup> d'une trituration de l'un de ces fibromes dans de l'eau distillée, est mort en quinze heures comme empoisonné. Nous n'avons pas vérifié cette donnée pour le myome rouge. Mais, vu l'état d'intoxication sous lequel se présentent souvent les malades, ce myome pourrait fort bien faire partie de la catégorie des myomes « toxiques » tout en restant cependant par sa nature même et son évolution rapide un myome très hémorragique.

Pourquoi, enfin, le myome rouge provoque-t-il de la température ? Les fibromes en nécrobiose aseptique, comme l'indique FIOLE, sont la cause de petites températures et il déclare que « ces fébricules, « en dehors de toute inflammation annexielle, doivent « faire soupçonner la nécrobiose et imposent l'ablation ». C'est bien là ce qui se passe dans l'histoire clinique du myome rouge.

Les légères poussées thermiques, d'après Von FRANQUÉ, sont dues à la résorption de parties dégé-

lérées ou nécrosées. C'est aussi l'avis de SITZENFREY. Et cette explication paraît bien être la plus logique : le myome rouge, comme on l'a vu, est une tumeur « stérile », et la température n'est sûrement pas due à un processus inflammatoire. Elle doit être sans aucun doute rattachée au processus de résorption du sang extravasé qui colore le myome ; ce phénomène est d'ailleurs fréquent dans l'organisme lors de la résorption des hématomes. Cette température cesse d'ailleurs presque aussitôt après l'ablation du myome.

Voilà comment il convient, nous semble-t-il, d'interpréter les symptômes cliniques du myome rouge, si on les rapproche des résultats des examens histologiques.

---

## CHAPITRE V

### Traitement

---

Le myome rouge étant un myome à évolution rapide, dont le tissu musculaire subit de profondes altérations, doit être supprimé le plus tôt possible, puisqu'il constitue un foyer de mortification, c'est-à-dire un terrain tout préparé à recevoir l'infection qui pourra se développer tout à son aise et donner lieu alors à des accidents plus sérieux que ceux résultant du myome rouge lui-même.

En raison même de sa pathogénie, le myome rouge relève uniquement du traitement sanglant. En effet, la nécrobiose est due à l'ischémie de la tumeur. Tous les procédés de physiothérapie ayant pour but d'amener, soit d'une façon directe, soit d'une façon indirecte, la régression du fibrome par action sur sa nutrition, sont absolument contre-indiqués.

Il y a lieu même de se demander si les agents physiques ne sont pas capables de provoquer la nécrobiose par une application intempestive.

C'est bien uniquement le traitement chirurgical qui convient au myome rouge. En quoi doit-il consister?

L'avis général est que *l'hystérectomie est le traitement de choix*, car la présence d'un myome en nécrobiose aseptique constitue un danger, si l'on songe que l'addition d'un élément septique est susceptible de provoquer les plus graves accidents. Il faut donc

avoir recours à l'intervention qui donne le plus de sécurité, à l'hystérectomie.

Le myome rouge, quoiqu'il soit le plus souvent un myome interstitiel, justiciable par conséquent de la myomectomie, doit être considéré comme suspect, et il est préférable par suite de s'interdire toute manœuvre dont la conséquence serait d'ouvrir ce foyer douteux dans la cavité péritonéale. De plus, le myome rouge traduit des troubles circulatoires utérins assez accusés, capables de donner lieu par la suite à d'autres accidents.

L'intervention radicale est donc de toute manière l'intervention qu'il faut préférer, comme le faisait remarquer récemment encore M. le Professeur BÉRARD à la Société de Chirurgie de Lyon.

L'hystérectomie sera-t-elle totale ou subtotale? Il ne s'agit pas, on le sait, dans le myome rouge, de phénomènes inflammatoires ou infectieux, pas plus que d'une tumeur maligne. Après l'intervention, aucun drainage n'est nécessaire. Aussi, comme d'ailleurs le prouvent la plupart de nos observations, l'hystérectomie subtotale peut suffire et donne d'excellents résultats. Quoi qu'il en soit, le choix de l'une ou l'autre de ces interventions reste l'affaire du chirurgien.

La myomectomie est-elle donc complètement à rejeter? Il semble que non. Cette opération du reste peut être pratiquée, alors qu'on ne soupçonne pas du tout la nature du myome que l'on enlève, le diagnostic clinique du myome rouge n'étant le plus souvent pas fait. Ce n'est qu'à l'examen de la pièce que l'on s'aperçoit que l'on est en présence de ce myome. Il

est vrai que l'on peut terminer immédiatement alors par une hystérectomie.

Mais lorsque l'intervention est pratiquée au cours de la grossesse, la myomectomie paraît garder ses droits; les résultats dans l'ensemble n'en sont pas mauvais. BRINDEAU rapporte huit cas de myomectomie au cours de la gestation pour des myomes en nécrobiose aseptique, qui n'étaient pas d'ailleurs tous au stade de la dégénérescence rouge: on n'y relève qu'un décès attribué du reste à des complications pulmonaires. La grossesse s'est achevée normalement dans cinq cas, une fois il s'est produit un avortement, et une autre fois un accouchement prématuré. M. le Docteur COTTE a publié un cas de myomectomie pour un myome rouge au cours de la grossesse: la guérison a été parfaite et les nouvelles de la malade sont actuellement excellentes.

Tous ces résultats prouvent que cette intervention ne doit pas être absolument condamnée. Elle doit céder le pas à l'hystérectomie qui reste l'opération de choix, mais, pendant la période de la grossesse, il n'est pas illogique et absolument contre-indiqué de la pratiquer: d'autres considérations importantes rentrent alors en jeu, qui peuvent conduire le chirurgien à envisager d'une façon moins absolue le point de vue de la sécurité et à tenter une intervention conservatrice qui, tout en ne mettant pas la vie de la malade en danger, permet la continuation de la grossesse.

Quoi qu'il en soit, le traitement chirurgical fait merveille dans les myomes rouges. Les symptômes d'ordinaire si intenses qui l'accompagnent et en particulier l'anémie, l'asthénie, l'état subfébrile disparaissent rapidement après l'intervention. En quel-

ques jours, l'état général de la malade se transforme. Aussi, au lieu de considérer le mauvais état général des malades comme une contre-indication de toute thérapeutique active et comme l'indication au contraire d'un simple traitement palliatif, il faut, comme le dit M. le Professeur TIXIER : « oser agir chirurgicalement », même au moment des poussées aiguës. C'est dans cette décision que réside le salut des malades, plus peut-être que dans le procédé opératoire employé.

Les suites opératoires immédiates sont des plus bénignes, et on ne remarque pas plus de complications que dans les fibromes ordinaires.

Les suites éloignées sont aussi satisfaisantes. Nous n'avons jamais trouvé aucun signalement de récurrences, et les nouvelles reçues des malades opérées depuis des années sont très bonnes.

On est donc fondé à dire que le myome rouge peut être considéré comme une variété de dégénérescence qui comporte un bon pronostic.

En effet, par son allure clinique, il impose un traitement rapide, qui, s'il est conduit comme il doit l'être, amène une guérison complète et définitive.

---

## OBSERVATIONS

### OBSERVATION I

(POLLOSSON et VIOLET, *Lyon Médical*, 1905, II. 23)

Femme de 32 ans. Entrée à la Clinique gynécologique le 14 octobre 1904.

Réglée à 13 ans: règles régulières.

Mariée à 25 ans. Une grossesse à 26 ans, terminée par une fausse-couche à 3 mois et demi.

En juillet 1904, quelques douleurs abdominales peu vives. En se palpant l'abdomen, la malade découvre une masse dure, grosse comme une orange.

En octobre 1904, douleurs très vives avec maximum périombilical, forçant la malade à garder le lit pendant la journée et ne coïncidant pas avec la période des règles.

La température est de 38° 2 le jour de l'entrée à l'hôpital, de 37° 9 le lendemain matin et de 38° 9 le soir. La malade a ainsi continué à osciller entre 37° 6 et 38° 6 pendant les dix jours qui ont précédé l'opération.

Le 25 octobre 1904: Hystérectomie abdominale totale. Suites simples.

L'utérus pèse 1.050 gr. La cavité utérine est en arrière. Il s'agit d'une masse fibromateuse unique, du volume de deux poings, logée dans la paroi antérieure de l'utérus, parfaitement énucléable et entourée d'une capsule épaisse de plus de 3 centimètres, à strates concentriques.

La tumeur elle-même a une coloration rouge vineux, rappelant tout-à-fait celle du coing cuit. Cette tumeur est mollassse, résistante à la pression, dépourvue d'élasticité. Par places, il y a très nettement des infiltrations sanguines et de véritables taches ecchymotiques. Ailleurs, la teinte uniformément congestive prédomine.

## OBSERVATION II

(POLLOSSON et VIOLET. *Lyon Médical*, 1905, II. 23)

Femme de 48 ans. Deux accouchements, le dernier datant de 9 mois. Pas de fausse couche.

Réglée à 14 ans. Toujours régulièrement.

Il y a 9 ans, on constata une tumeur abdominale. Depuis un an, la tumeur a grossi d'une façon insensible. Il y a cinq semaines, la malade fut prise d'une crise très douloureuse: elle souffrait dans le bas ventre, ne pouvait dormir la nuit, et son médecin fut obligé de lui faire plusieurs piqûres de morphine. La malade dut garder le lit pendant trois semaines et ne fut soulagée que par l'apparition des règles. Elle déclare avoir eu un peu de fièvre.

A l'examen: utérus fibromateux d'une tête de fœtus environ.

*Intervention le 4 mai*: hystérectomie totale suivant le procédé de Richelot.

Suites simples.

Examen de la pièce: on constate trois petits fibromes calcifiés du volume d'un œuf à une noix. La tumeur est formée par un myome interstitiel développé dans la paroi antérieure de l'utérus et qui, à la coupe, apparaît avec une couleur rouge hortensia. Il s'agit d'un myome unique entouré d'une capsule épaisse mesurant plus de deux centimètres. Cette coque incisée, le myome fait pour ainsi dire hernie.

## OBSERVATION III

(VIOLET et ALAMARTINE. *Lyon Médical*, 1909-II-956)

Femme de 48 ans.

Réglée à 15 ans, très régulièrement. Entre 21 et 29 ans, trois accouchements normaux.

Depuis deux ans, les règles sont devenues très abondantes, durant 8 jours et renfermant des caillots; elles s'accompagnent de

douleurs qui commencent trois jours avant l'écoulement. Depuis deux mois, ces douleurs sont devenues très vives et la malade a dû s'aliter.

A l'entrée: on constate la présence d'une tumeur utérine occupant le petit bassin où elle s'enclave et remontant dans l'abdomen jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus du pubis. Cette tumeur est extrêmement douloureuse. On ne peut sentir les annexes.

La température de la malade s'est élevée à 38° 8 quatre jours avant les règles, et, pendant toute la durée de ces dernières, s'est maintenue entre 38° 5 et 39° 5.

On pense à un fibrome utérin compliqué de lésions annexielles ou en voie de sphacèle.

*Intervention le 24 mai 1905:*

Il s'agit d'un volumineux myome encapsulé développé sur la face antérieure de l'utérus au niveau de la portion inférieure du corps et s'étant enclavé dans le petit bassin. Il fut impossible d'attirer l'utérus en dehors de l'abdomen. On se décida donc à pratiquer une myomectomie qui fut rendue très facile par l'existence d'un plan de clivage lâche. L'intervention se termina sans incidents par une hystérectomie abdominale totale.

Suites simples. La malade fut apyrétique dès le lendemain de l'intervention.

Le myome enlevé avait à la coupe une couleur rouge vineuse.

#### OBSERVATION IV

(POLLOSSON et J.-F. MARTIN. Société des Sciences Médicales,  
22 février 1911)

Femme de 41 ans.

Entrée le 10 février 1911 pour pertes et considérable augmentation du volume du ventre.

Premières règles à 17 ans; régulières.

Une fausse couche il y a 5 ans.

Il y a un an, ménorragies, puis métrorragies presque continues; sang rouge mélangé de caillots d'odeur infecte.

En même temps, augmentation rapide du volume de l'abdomen. La nuit, douleurs assez vives dans les reins et dans le bas ventre.

*A l'examen* : Abdomen ressemblant à celui d'une femme enceinte à terme. Par la palpation on sent une très volumineuse masse, uniformément rénitente, lisse, mate à la percussion. Au toucher : col normal, corps utérin paraissant souple, mais dont on ne peut arriver à repérer le fond. La masse semble coiffer l'utérus et l'impulsion donnée à la tumeur est bien transmise au col, mais l'on ne peut arriver à sentir la continuité de la tumeur et du corps utérin.

La malade présente un peu de température le soir : 38°7.

*Intervention le 17 février 1911* : Rachianesthésie.

Incision médiane allant de la symphyse au voisinage de l'appendice xyphoïde. La luxation en dehors de la tumeur est facile. On pratique une castration totale.

La tumeur enlevée est un énorme myome rouge. Son poids est de 7 kilogrammes 100.

## OBSERVATION V

(POLLOSSON et MAZET, *Lyon-Médical*, 1911, I. 471)

Femme de 37 ans. Réglée à 10 ans 1/2. Règles toujours régulières. Chlorose à l'âge de 15 ans jusqu'à son mariage à l'âge de 27 ans. Pas de grossesse. Pas de fausse couche.

Soignée pour de la métrite il y a 3 ans.

Il y a 5 mois, apparition de douleurs assez vives dans le bas ventre avec irradiations dans les cuisses surtout du côté droit. Depuis, augmentation de volume du ventre : métrorragies peu abondantes et continuëles depuis un mois seulement.

A l'examen : col utérin élevé, en arrière de la symphyse. Utérus dur dont le fond remonte à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Au niveau de la fosse iliaque droite, on a, à la palpation, une sensation de résistance avec douleur à la pression pouvant faire songer à une annexe surajoutée.

*Intervention le 13 Janvier 1911.*

Ablation d'un utérus fibromateux gros comme une tête d'adulte, avec annexite droite suppurée du volume d'un poing, adhérente.

Après incision médiane de l'utérus le myome fait hernie. Il s'agit d'un myome unique, de coloration rouge vineux et de consistance assez molasse. La cavité utérine est en arrière : la masse fibromateuse unique, du volume d'une tête fœtale est développée au niveau de la paroi antérieure. Dans l'utérus elle est entourée d'une capsule épaisse de 3 cm. environ.

## OBSERVATION VI

(in Thèse de MICHALOUX-JIMBERT)

M. G..., 39 ans. Comme maladies de l'enfance : rougeole, scarlatine. Fausse couche il y a 20 ans, suivie d'une hémorragie très abondante, ayant beaucoup anémié la malade. Deux grossesses à terme. Régliée à 10 ans 1/2 ; règles douloureuses jusqu'à son mariage, d'une durée de 8 jours au moins. Après sa grossesse, les règles sont devenues normales ; jusqu'en Juillet 1914 la malade se trouve bien, malgré l'abondance des règles qui renferment des caillots.

Depuis le mois de Juillet, les 3 premiers jours des règles occasionnent des douleurs violentes, obligeant la malade à s'aliter. En février, règles abondantes comme de coutume ; depuis, les pertes rouges ont continué, profuses, et renfermant de nombreux caillots. Il y a quelques jours, syncope. Depuis, les hémorragies ont persisté très abondantes, mettant la malade dans un état d'anémie très avancé.

*A l'entrée :* Le 1<sup>er</sup> mars 1920, la malade accuse des douleurs abdominales vives et augmentées par l'examen. Elle est prise d'une grosse hémorragie, que l'on ne peut arrêter que par la pose d'une tige laminaire.

La température est de 38°2 à l'entrée le matin, et de 39° le soir ; elle oscille ainsi de 38° à 39° jusqu'à l'intervention qui fut faite le 4 mars.

*Hystérectomie subtotale* sans conservation ovarienne. On trouve une tumeur de couleur rouge, unique, grosse comme une tête de nouveau-né, molle, à l'étroit dans sa capsule, avec des foyers d'infiltration sanguine et des hémorragies.

#### OBSERVATION VII

(in Thèse de MICHALOUX-JIMBERT)

Femme, 47 ans. Réglée régulièrement depuis l'âge de 13 ans. A eu 6 accouchements et 2 fausses couches. La malade n'a jamais pu mener tout à fait à terme ses grossesses.

Depuis quelques années ses règles sont devenues plus abondantes, constituant parfois de véritables hémorragies. Il y a six semaines, 18 jours après avoir eu ses règles, la malade a eu subitement une perte rouge considérable; cette perte de sang avec caillots a persisté pendant 8 à 10 jours et s'est accompagnée de douleurs; trois semaines après, nouvelle perte, les règles ayant duré 4 à 5 jours et ayant été assez abondantes; puis, quinze jours après, pertes rouges profuses, avec douleurs, ayant beaucoup affaibli la malade qui se décide à entrer à la Charité le 29 Août 1906.

*Au palper* : énorme masse lisse, sensible à la pression, mobile et remontant jusqu'à l'ombilic en occupant surtout la fosse iliaque droite.

Au toucher et au palper, gros utérus fibromateux douloureux, mais très mobile.

La température est de 37°5 le matin, 38° le soir.

*Opération de Doyen le 6 septembre.*

La pièce enlevée est un myome rouge à évolution rapide, nettement encapsulé.

#### OBSERVATION VIII

(DEMONS et BÉGOUIN, Soc. de Gynécologie de Bordeaux,) (26-XI-05)

Femme de 49 ans.

Semble avoir un fibrome utérin depuis l'âge de 32 ans, mais

il était peu volumineux et n'avait déterminé pendant longtemps que quelques métrorragies légères.

Ce n'est qu'à partir du mois de juin 1899 que la malade fut préoccupée de l'accroissement rapide que prenait la tumeur. En même temps, ménorragies et métrorragies abondantes, qui se répétaient assez souvent pour causer une anémie marquée. Ni douleur, ni fièvre.

A l'examen, en juillet 1900, femme très anémiée. On trouve un fibrome utérin interstitiel classique remontant jusqu'à 2 travers de doigt au-dessus de l'ombilie.

L'intervention proposée fut acceptée par la malade qui demanda un délai de un mois.

Au bout de ce mois, apparition de température montant le soir jusqu'à 39°4. Palpation de toute la partie inférieure de l'abdomen douloureuse. Toucher très douloureux surtout quand on mobilise le fibrome. On pensa à des phénomènes inflammatoires péritonéaux, et on repoussa l'opération jusqu'à ce que la température fût moins élevée et les douleurs abdominales moins violentes.

*Le 15 Septembre 1900* : Hystérectomie totale, sans incidents. Le fibrome n'était nulle part adhérent.

Le diagnostic de péritonite porté ne semblait donc pas confirmé.

Examen du fibrome: Il était composé d'une masse du volume d'une tête de fœtus à terme parfaitement encapsulée et indépendante de la cavité utérine. Mais cette masse fibromateuse était molle, de couleur lie de vin.

L'examen histologique et bactériologique ne put être fait.

Rien aux annexes.

Les auteurs pensent à une gangrène au début.

*Suites opératoires*: Parotidite bilatérale, entrant en résolution 6 jours après l'intervention.

*Le 22 octobre 1900* : départ; guérie.

*En 1905* : Guérison maintenue.

## OBSERVATION IX

(de ROUVILLE. Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, déc. 1911, fév. 1912).

Le 23 Juin 1911, le docteur G... est appelé d'urgence auprès d'une malade, Mme C..., qu'il trouva dans un état alarmant : facies décomposé, pouls filiforme à 145, ventre très dur et très volumineux, siège de douleurs atroces. Il constate une grossesse. Il est étonné par le volume anormal du ventre, qui laisse deviner une tumeur ovoïde à grand axe oblique et dont le pôle supérieur vient se loger sous l'estomac ; dimensions d'un utérus gravide de neuf mois ; le palper est impossible, car il ravive les douleurs.

Etant donnés le volume de l'utérus, l'âge de la grossesse, et la physionomie des accidents, on pense à une hémorragie massive rétroplacentaire survenant au 6<sup>e</sup> mois de la grossesse. L'état général s'aggravant rapidement, on procède à l'accouchement artificiel. On extrait un prématuré de 5 mois 1/2. Dès l'ouverture de la poche des eaux, les douleurs abdominales ont cessé. Le placenta est expulsé en entier. La toucher intra-utérin permet de percevoir l'existence d'une tumeur fibreuse assez dure, volumineuse, et qui semble faire corps avec la paroi latérale gauche de l'utérus.

Les douleurs se réveillent bientôt ; le lendemain elles sont intolérables, comme au moment de l'accouchement ; elles durent 15 minutes, avec courts intervalles d'apaisement relatif. La malade est alors envoyée à M. le Professeur de Rouville.

Celui-ci pratique l'hystérectomie abdominale subtotale. Il n'y a pas traces de péritonite. L'appendice est sain. Les annexes ne sont le siège d'aucun processus inflammatoire. Guérison rapide sans incidents.

L'utérus apparaît comme le siège d'un volumineux fibrome interstitiel, occupant toutes les faces, les bords et le fond de l'organe, et ayant refoulé vers la droite et aplati transversalement la cavité utérine.

L'examen histologique de ce fibrome montra des lésions correspondant à celles décrites par Polosson à propos du myome rouge.

## OBSERVATION X

(BARBOUTH. *Revue de Chirurgie*, 1912, p. 577).

Femme de 40 ans. Entrée à l'Hôpital le 7 Juillet 1911, dans un état d'apparence grave d'infection générale. Douleurs très violentes dans le ventre avec métrorragies abondantes et pertes blanches; frissons continuels. Fièvre: 39°6. Pouls: 100. Vomissements. Diarrhée.

Le début des douleurs remonte à 3 semaines, quelque temps avant les règles. Depuis quelques années les règles revenaient plus souvent, tous les dix jours, annoncées par des douleurs abdominales, et duraient de 4 à 5 jours. L'intensité des douleurs allait en augmentant depuis 3 semaines, s'irradiant vers les régions lombaires. La malade a été obligée de garder le lit surtout depuis 10 jours, parce que les métrorragies étaient de plus en plus abondantes avec écoulement d'aspect purulent et fièvre, ce qui a amené un état général tel qu'au moment de son entrée à l'hôpital on a dû lui injecter 600 gr. de sérum physiologique et recommencer le lendemain. On lui fit aussi une injection de 2 cm<sup>3</sup> de la solution ergotine

A la palpation on trouve une tumeur volumineuse allant jusqu'au dessus de l'ombilic, dure, mobile. L'interprétation des phénomènes présentait certaines difficultés. On s'était demandé s'il ne s'agissait pas d'une torsion du pédicule d'un fibrome ou s'il n'y avait pas en même temps que le fibrome un épithélioma du corps de l'utérus. On opère sans perdre de temps. On suture le col par le vagin afin d'éviter toute infection du péritoine, avant de faire la laparatomie. L'abdomen ouvert, on tombe sur un gros fibrome mobile, libre, sans adhérences, qui n'avait pas du tout, du moins extérieurement, l'aspect de sphacèle. On a quand même pris toutes les précautions, et, après avoir extériorisé sans difficulté le fibrome, on fit une hystérectomie totale et on cautérisa au thermocautère la tranche vaginale. Fermeture de l'abdomen sans drainage. A notre satisfaction les suites opératoires ont été des plus satisfaisantes: la température est tombée dès le lendemain de l'opération à 37°9, et à partir du troisième jour elle oscillait entre 36°

et 37°. L'état général s'améliore rapidement et la malade sort le 6 Août 1911 complètement guérie et avec une santé florissante.

Examen de la pièce : gros fibrome interstitiel de couleur rouge vineux, lobulé, entouré d'une mince capsule.

## OBSERVATION XI

(BARBOUTH. *Revue de Chirurgie*, 1912, p. 57.)

Femme âgée de 45 ans. Entre le 2 mai 1912, pour se faire opérer d'un fibrome utérin.

Réglée à 14 ans. Règles toujours abondantes, durant 3 jours. Elle a eu un enfant il y a 23 ans. Pas de fausses couches. Il y a 6 ans, douleurs violentes dans l'abdomen, avec irradiations lombaires, fièvre à 38°. Frissons. Cet état a duré 3 semaines. C'est à ce moment qu'elle s'aperçoit de la présence de sa tumeur.

A partir de ce moment, les règles sont devenues plus abondantes. Son ventre reste sensible, et augmentait peu à peu de volume.

Il y a 3 semaines, la malade fut prise d'une douleur très violente dans le ventre avec température à 38°, qui l'a obligée à garder le lit pendant 15 jours. Devant cet état aigu, son médecin, qui, auparavant lui avait conseillé d'attendre, l'envoie en toute hâte à l'hôpital, jugeant une intervention urgente.

A son entrée à l'hôpital, elle souffre déjà moins et n'a que 37°8 de température. A la palpation de l'abdomen, gros fibrome remonant jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic, irrégulier, multilobé, dur.

Quelques petites tumeurs à la surface du fibrome, moins dures que lui.

Au toucher : col dur, regardant en arrière, haut situé. On ne distingue pas le corps qui est confondu avec la tumeur.

On l'opère le 1<sup>er</sup> juin. Laparotomie sous-ombilicale. On tombe sur une grosse tumeur, composée de deux fibromes du volume d'une grosse orange et de deux ou trois petits fibromes implantés à la surface. Pas d'adhérences. Hystérectomie susvaginale, péritonisation, suture de la paroi. Pas de drainage.

A l'examen de la pièce, on constate que ce sont des fibromes interstitiels. A la coupe d'un des deux gros, on voit dans la partie centrale, un noyau *rouge vineux* du volume d'une mandarine, parsemé de taches chocolat, de consistance élastique, moins ferme que le fibrome sain. Cette partie centrale est entourée d'une lisière noirâtre, formant une couche continue tout autour et le séparant du reste du fibrome. Dans une portion périphérique le fibrome rouge contient une cavité à parois irrégulières contenant du liquide louche sans apparence purulente.

## OBSERVATION XII

(ARCHIBALD DONALD, in Mémoires de Smith and. Schaw. *Journal Obst. and Gyn.*, 1909.)

Femme de 34 ans.

Entre au St-Mary Hôpital, le 6 décembre 1907, pour des douleurs et une augmentation rapide du volume de l'abdomen. Les douleurs ont débuté il y a 5 semaines, la femme ayant eu ses dernières règles en septembre 1907, il y a plus de 2 mois. On trouve à l'examen une tumeur ferme, lisse, s'élevant au-dessus du pubis et semblant se continuer avec le col utérin. La patiente paraissait très malade : facies anxieux, traits tirés, souffrant de façon continue. On diagnostique grossesse compliquée de fibrome.

*Laparatomie* le 17-12-1907. — On pratique une hystérectomie que l'on décide en raison de la situation intramurale de la tumeur et surtout de l'état général de la malade.

*Examen de la pièce.* — La tumeur présente une dégénérescence rouge débutant au centre d'un fibrome typique. Elle s'était développée dans la partie postérieure et basse de l'utérus qui contenait un œuf de 3 mois. Il existe, en outre, de nombreuses petites taches rouges sur la surface de section qui indiquent les vaisseaux thrombosés. La tumeur est un peu plus molle qu'un fibrome normal, mais ne présente pas de zones nécrosées nettes.

La patiente guérit et sortit de l'hôpital le 2 janvier 1908.

### OBSERVATION XIII

(in Thèse de GAMBIER.)

Mlle D..., 39 ans.

Réglée régulièrement : règles douloureuses.

Depuis 4 ou 5 ans : douleurs dans le bas ventre.

En Janvier 1908 : à la fin des règles, violentes douleurs avec vomissements obligeant la malade à rester au lit pendant 3 jours.

En Mars 1908 : nouvelle crise plus violente.

Pas de température pendant les 2 crises.

Depuis, le ventre reste douloureux, surtout après la fatigue.

*L'examen permet* de sentir une masse de consistance ferme appartenant à l'utérus, développée aux dépens de la corne droite. Les crises douloureuses étaient dues probablement à un étranglement de la trompe.

*Intervention* : Hystérectomie abdominale subtotale. Un peu de liquide citrin dans le cul de sac vésico-utérin. Suites opératoires normales et guérison per primam obtenue.

*Examen de la pièce*: Noyau fibromateux développé aux dépens de la paroi postérieure à la partie toute supérieure. Cette masse fibromateuse, entourée de tissu utérin de toutes parts, a une couleur lie de vin; pas d'odeur.

*Examen microscopique* : Dégénérescence des éléments constitutifs: noyaux ne se colorant plus du tout: fibrilles dissociées.

*Examen bactériologique* : Pas de culture tant au point de vue de la recherche des microbes anaérobies qu'aérobies.

### OBSERVATION XIV

(in Thèse de GAMBIER.)

Mme G..., 54 ans.

Entre à l'hôpital, (service Prof. Lannelongue), le 4 octobre 1908, pour douleurs dans le ventre et pertes sanguines.

Réglée à 16 ans. Règles abondantes, irrégulières.

3 grossesses normales.

Il y a 3 ans, hémorragies abondantes avec caillots sans aucun trouble ni retard des règles. Ces hémorragies étaient presque con-

tinuelles, durant parfois 15 jours à 3 semaines. En même temps douleurs dans le bas ventre irradiées aux aînes et aux lombes, douleurs continuelles, mais intenses surtout au moment des métrorragies.

Il y a 2 ans, intervention par voie vaginale (??) qui n'amena aucun soulagement. Les hémorragies continuèrent. Œdème des jambes pendant plusieurs mois. Mictions fréquentes et difficiles.

*Intervention le 13-10-1908* : Gros fibrome siégeant surtout à gauche. Hystérectomie totale.

*Examen de la pièce*: Fibrome occupant face dorsale et postérieure de l'utérus, du volume d'un œuf d'autruche. On constate à l'intérieur 3 noyaux de la grosseur d'une noix de couleur brune lie de vin sans odeur spéciale. En aucun point on ne trouva de pus.

*Examen microscopique*. — Masse en dégénérescence. Les noyaux des fibres musculaires ne se colorent pas ou mal.

## OBSERVATION XV

(in Thèse de GAMBIER.)

Femme, 44 ans.

Entrée le 16 nov. 1908, pour un fibrome utérin en voie de sphacèle.

A eu 2 grossesses qui ont évolué normalement.

Règles plus abondantes depuis 7 ou 8 ans. Dans l'intervalle pertes un peu fétides.

Depuis 15 jours : douleurs au niveau du fibrome. Altération marquée de l'état général.

Fièvre se maintenant entre 37°8 et 38°.

*Intervention le 20-12-1908* : Hystérectomie subtoto-totalisée.

*Suites opératoires* : Ascension du pouls à 120, la température oscillant autour de 38°. Pas de vomissements. Pas de hoquet; langue bonne. Pas de météorisme.

*Mort le 23-11-1908* : 68 heures après opération.

*Examen de la pièce* : La section de l'utérus montre un fibrome de la grosseur d'un poing, développé aux dépens de la face postérieure de l'utérus. Coloration franchement lie de vin.

## OBSERVATION XVI

(in Thèse de GAMBIER.)

M... Marie, 41 ans.

Entrée à l'hôpital le 14 octobre 1908 pour tumeur abdominale.

Pas d'antécédent personnel.

Grossesse qui a évolué normalement.

Depuis plusieurs mois pertes sanguines abondantes revenant irrégulièrement dans l'intervalle des règles. A la même époque apparition d'une tumeur abdominale qui grossit peu à peu.

Toucher vaginal : à droite et en arrière tumeur mobile du volume d'une mandarine, effaçant le cul de sac postérieur. Le diagnostic de fibrome est porté.

*Intervention le 16 Octobre 1908.* — Hystérectomie subtotale. Suites opératoires normales, sauf suppuration de la paroi.

*Examen macroscopique :* 1° Fibrome pédiculé sous-péritonéal de la grosseur d'une mandarine : à la coupe, rien de particulier.

2° Fibrome interstitiel : à la coupe, consistance pâteuse, et couleur *lie de vin* caractéristique.

## OBSERVATION XVII

(LECÈNE. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1911.)

Femme de 42 ans.

Entre à l'Hôpital parce qu'elle souffre du ventre et qu'elle a des métrorragies depuis deux mois.

Un peu de fièvre continue (38°2, rectale).

Un enfant, il y a 20 ans.

A l'examen : Tumeur régulière, dure, un peu douloureuse qui occupait la fosse iliaque gauche et l'hypogastre. Cette tumeur est mobile dans tous les sens. Au toucher, le col utérin, de dimensions normales, se continue directement avec la tumeur abdominale qui remplissait en partie le petit bassin.

L'hystérectomie abdominale subtotale fut pratiquée.

A l'examen de la pièce, l'utérus présentait deux fibromes interstitiels dans sa paroi postérieure: les annexes étaient normales et il n'existait pas d'inflammation péritonéale à la surface de l'utérus. A la coupe, l'un des fibromes se présentait sous l'aspect habituel: bien circonscrit, nettement encapsulé, il avait une consistance ferme; l'autre fibrome, au contraire, était de couleur *lie de vin*. Sa consistance était molle et diffluite.

La muqueuse utérine était fongueuse et épaisse.

### OBSERVATION XVIII

(LECÈNE. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1911.)

Femme de 37 ans.

3 grossesses à terme. 1 fausse couche de 3 mois. Depuis 3 mois, la malade perd continuellement du sang, tantôt liquide, tantôt en caillots. Son état général reste cependant assez bon ; elle n'a pas de fièvre, ni aucune douleur abdominale. Au palper, on sent une tumeur ronde et dure, indolente, qui remplit la région hypogastrique, et remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Au toucher, on trouve le col petit, régulier, porté en masse en arrière et regardant en bas. Au palper, on trouve la tumeur abdominale qui se continue directement avec le col.

L'hystérectomie abdominale supra-vaginale avec ablation bilatérale des annexes fut pratiquée. Suites opératoires simples. Guérison.

Le fibrome unique, intramural, occupe la paroi antérieure du corps de l'utérus : ce fibrome a le volume d'une tête de fœtus à terme. Il est bien encapsulé et entouré par du tissu utérin normal; mais sur une coupe, ce fibrome a une coloration violacée, lie de vin en certains points. A la coupe, il est diffluent et mou. La muqueuse utérine présente une hypertrophie notable et un aspect fongueux. Les annexes des deux côtés sont normales.

OBSERVATION XIX

(LECÈNE. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1911.)

Femme de 49 ans.

Entre à l'Hôpital pour une tumeur douloureuse de l'abdomen.

Six grossesses à terme.

Il y a environ deux ans que cette malade a vu grossir son ventre. Depuis quinze jours la tumeur abdominale est devenue douloureuse ; ces douleurs siègent surtout du côté gauche et reviennent sous forme de crises, durant un quart d'heure environ, surtout pendant la nuit. A l'examen, on constate au palper la présence d'une tumeur occupant l'hypogastre et la fosse iliaque gauche ; cette tumeur remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; elle est dure, un peu lobulée et douloureuse à la pression au niveau de sa partie gauche.

Il existe un léger état fébrile (38°2 rectal) le soir.

L'hystérectomie abdominale supra-vaginale fut pratiquée. Suites opératoires normales. Guérison.

L'utérus enlevé contient un fibrome interstitiel, développé dans la paroi postérieure de l'utérus ; ce fibrome a le volume de deux poings : il est bien encapsulé et entouré de tous côtés par du tissu utérin d'aspect normal, mais ce fibrome est de consistance molle, il a une couleur *lie de vin* surtout en son centre. Les annexes gauches sont normales ; à droite les annexes étaient kystiques et adhérentes à la paroi pelvienne.

OBSERVATION XX

(LECÈNE. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1911.)

Femme de 47 ans.

La malade a été prise brusquement d'une vive douleur dans la partie inférieure de l'abdomen, surtout dans la fosse iliaque droite ; cette douleur l'a forcée à garder le lit. Le 22 mai, les règles sont apparues plus abondantes et plus longues que d'habitude. Il existe de la fièvre (38°5, rectale, le soir) ; le ventre est

douloureux et ballonné dans sa moitié inférieure surtout. Au palper, on sent une tumeur dure, douloureuse, qui occupe l'hypogastre et la fosse iliaque droite ; cette tumeur s'arrête en haut à 3 travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

L'hystérectomie abdominale supra-vaginale fut pratiquée. Suites opératoires simples. Guérison.

L'utérus contient plusieurs fibromes interstitiels et sous-péritonéaux ; parmi ces fibromes, deux sont remarquables : l'un interstitiel est développé dans la paroi postérieure de l'utérus et présente une *teinte ardoisée* particulière ; il est de consistance ferme et bien encapsulé ; l'autre sous-péritonéal est plus volumineux et de consistance molle : son centre est tout à fait ramolli et comme liquide ; à la périphérie il y a une teinte mêlée verdâtre et lie de vin. Les annexes des deux côtés sont normales.

#### OBSERVATION XXI

(*Obstetrical Society of London*, 4 octobre 1905.)

M. Frank E. Taylor montre une tumeur fibromyomateuse ayant subi une *nécrobiose* aseptique en *dégénérescence* rouge. L'utérus présentait des signes de grossesse récente.

M. Alban Doran remarque que des douleurs pelviennes sans hémorragies ni écoulement vaginal sont un signe caractéristique de *nécrobiose* des fibromes utérins.

#### OBSERVATION XXII

(TÉDENAT et TZELEPOGLOU. *La Gynécologie*, 1921, 65-79.)

22 ans. Entre le 29 Octobre 1920.

Réglée à 12 ans, pendant 3 à 4 jours.

En Février 1920, les règles commencent à être plus longues (6-7 jours), et plus abondantes avec caillots.

En Juin, neuf jours de grosses ménorragies ; de même en Juillet, Août, Septembre.

En Octobre, violentes coliques utérines. Fièvre légère. On trouve un gros myome qui explique les hémorragies et les douleurs lombaires abdominales irradiées à la cuisse gauche, existant depuis 2 mois.

1<sup>er</sup> Novembre 1920: Hystérectomie subtotale. Annexes conservées, ovaires gros, rouges. Trompes normales. Réunion per primam.

La tumeur pèse 3.600 gr., arrondie avec vagues bosselures. Le corps utérin long de 10 cm. est en avant de la tumeur qui, incisée, présente une coque fibreuse avec de nombreux sinus dans sa paroi épaisse de dix à douze millimètres suivant les points. La partie centrale est de *coloration rouge vineux* et présente de gros fascicules, quelques-uns très onduleux. Odeur de poisson fait accentuée.

Deux myomes sous-péritonéaux du volume d'une grosse noix présentent à la section de gros fascicules, qui ont, eux aussi, des îlots de dégénérescence rouge dans leur partie centrale.

À l'angle tubaire droit la muqueuse est soulevée et comme usée en franges par une languette myomateuse molle, de 4 cm. de longueur, de 2 cm. d'épaisseur. Il y avait là quelques grosses veines, vrais sinus, fournissant, sans aucun doute, le sang des abondantes métrorragies survenues depuis cinq mois.

### OBSERVATION XXIII

(TÉDENAT et TZELEPOGLOU. *La Gynécologie*, 1921.)

Julie V..., 33 ans.

Réglée depuis l'âge de 12 ans très régulièrement.

Accouchements sans incidents à 22, 24, 27 ans. A nourri tous ses enfants.

Depuis 3 ans, règles plus longues (7-10 jours), souvent avec caillots. Depuis 6 mois, elles durent douze à quinze jours. Depuis 2 mois, à plusieurs reprises, douleurs lombo-abdominales, périodes de dyspepsie avec mauvais goût, mauvaise haleine. La température rectale a souvent atteint 39°, sans bronchite, amygdalite ou autre explication de cette fièvre.

*Hystérectomie subtotale le 2 Juin.* Guérison sans incidents.

La tumeur est développée dans la paroi postérieure de l'utérus. Elle est constituée par une grosse masse vaguement lobulée sur laquelle s'implantent de chaque côté deux blocs du volume du poing, attachés par un court pédicule. Ces deux blocs sont de

consistance molle. Le corps utérin se présente en avant et porte trois bosselures très nettes du volume d'une noix, faisant saillie à la surface antérieure de l'utérus. On voit la section des artères utérines à parois très épaissies, à lumière étroite.

La tumeur est sectionnée d'avant en arrière suivant l'axe longitudinal de l'utérus. Au fond de ce dernier existe un nodule du volume d'une noisette. A son pourtour la muqueuse est épaissie, molle, frangée avec des vaisseaux très apparents.

La tumeur la plus volumineuse est *rouge lie de vin* dans toute son étendue et de coloration uniforme, sauf à la périphérie où existent quelques tractus fibroïdes blancs qui se perdent dans la capsule qui entoure la masse rouge centrale. Cette capsule blanche est épaisse de 1 à 3 cm. suivant les points. Elle fait défaut ou est très mince aux points d'attache des nodules de la face postérieure de la tumeur. La paroi grise enveloppante présente sur la coupe des orifices vasculaires arrondis ou en fentes à parois mal délimitées. Quelques-uns de ces orifices contiennent des caillots gris jaunés anciens. La couleur lie de vin est plus accentuée à la partie centrale qu'à la périphérie.

#### OBSERVATION XXIV

(TÉDENAT et TZELEPOGLOU. *La Gynécologie*, 1921.)

Femme de 34 ans.

Réglée à 12 ans, régulièrement 3 à 4 jours.

Mariée à 23 ans. Accouchement à 26 ans.

Elle nourrit pendant 9 mois, cesse alors à cause de grosses ménorragies anémiantes. Les règles restent abondantes.

Depuis 3 ans pesanteur lombo-sacrée, parfois assez pénible au moment des règles pour imposer un repos complet.

Les règles durent 8 à 10 jours avec caillots, dans l'intervalle parfois quelques filets de sang.

On trouve un gros myome, faisant forte saillie en arrière et à droite du col mou et entr'ouvert. La tumeur dure, bosselée, occupe

toute la largeur du bas ventre. Sa partie droite remonte à la ligne ombilicale, sa partie gauche atteint à deux doigts au-dessous. La tumeur a une certaine mobilité.

*Le 14 Novembre 1905*: Hystérectomie subtotale.

L'opérée a été revte en 1918 en parfaite santé.

La tumeur pèse 9 livres. Elle est formée d'une grosse masse droite, allongée, cylindroïde, se terminant en haut par un bloc arrondi du volume de deux poings. Ce bloc, un peu mou, forme une masse uniforme de graisse, de vrai saindoux, contenue dans une capsule grise, dure, épaisse de 5 à 8 millimètres suivant les points. Quelques rares filaments fibreux traversent la poche.

Une masse gauche atteint la moitié de la hauteur de la précédente. Elle a de 6 à 8 cm. de largeur et d'épaisseur suivant les points. Elle est un peu moins molle et en *dégénérescence rouge* intense.

## OBSERVATION XXV

(TÉDENAT et TZELEPOGLOU)

Femme, 48 ans, réglée à 14 ans.

Accouchement normal à 24 ans.

Depuis 7 ans les règles sont très abondantes pendant 8 à 10 jours.

Douleurs violentes dans les lombes, le ventre, avec vomissements à plusieurs reprises. Les douleurs sont calmées par un lavement laudanisé et le second jour la malade peut être examinée. Grosse tumeur peu consistante, avec des points durs, des zones fluctuantes. Elle arrive au-dessus de l'ombilic. Le diagnostic fait est celui de kyste de l'ovaire tordu.

*12 Mai 1901.* — Les accidents de péritonisme sont calmés et la malade est opérée. Laparatomie médiane. Tumeur rouge sombre avec de grosses veines. En la suivant de haut en bas, on sent qu'elle porte de chaque côté en arrière trompes et ovaires. A sa partie latérale droite on voit l'utérus comme encastré dans la tumeur qui est vraiment fluctuante. Amputation au niveau du col. Gros sinus veineux qui donnent du sang. La malade succomba le surlendemain soir.

La tumeur était un grand sac à parois de 3 à 5 cm. d'épaisseur suivant les points. *Myome rouge* très net dans la paroi et dans l'utérus confondu avec la face droite de la tumeur. La face interne de la poche était filamenteuse avec des saillies irrégulières du volume d'une noisette, d'une noix. La poche contenait six litres d'un liquide visqueux noir.

#### OBSERVATION XXVI

(TÉDENAT et TZELEPOGLOU)

Femme de 31 ans, réglée à 12 ans. Depuis l'âge de 15 ans, règles plus longues (8-10 jours), souvent avec caillots. Mariée à 23 ans; pas de grossesse; ménorragies plus abondantes vers 28 ans. Douleurs depuis quinze mois avec dyspepsie fréquente et à plusieurs reprises mouvements fébriles durant 3-4 jours à l'époque des règles. Malade pâle; gros myome remplissant toute la région sous-ombilicale. Hystérectomie subtotale, le 15 février 1913, sans incidents.

*Examen de la pièce* : Gros myome central portant deux bosselures du volume d'un œuf. Nodules dans l'épaisseur du ligament large droit. Gros sinus veineux à la face postérieure dans les sillons formés par de menues bosselures fibromateuses. Toute la masse est en *dégénérescence rouge*, plus avancée dans les grosses masses que dans les nodules du ligament large.

À chaque période menstruelle il y avait eu des accidents fébriles.

TÉDENAT a eu, en 1921, des nouvelles de toutes ses opérées. Aucune n'a eu de récidives ou de formations sarcomateuses ou épithéliomateuses dans la portion du col conservé.

#### OBSERVATION XXVII

(TERMIER. *Dauphiné Médical*, 1911.)

Il s'agit d'une malade qui présentait une tumeur abdominale qui avait rapidement augmenté de volume. Elle s'accompagnait égale-

ment de douleurs abdominales et lombaires assez marquées, et d'un certain fléchissement de l'état général.

L'opération fut très simple.

Les suites opératoires furent normales.

Examen de la pièce : Myome rouge de l'utérus.

### OBSERVATION XXVIII

(Due à l'obligeance de M. le Docteur DELORE.)

Femme de 35 ans, réglée régulièrement. Ces derniers temps les règles étaient plus abondantes. Quelques pertes blanches.

A l'examen : La palpation de l'abdomen permet de sentir le fond utérin à environ deux travers de doigt au-dessus du pubis.

La malade était très anémiée.

*Intervention le 25 Novembre 1924* : Hystérectomie subtotale. Il s'agit d'un fibrome sous-muqueux rouge à la coupe.

Le 4 Décembre 1924 : Embolie mortelle.

### OBSERVATION XXIX

(Due à l'obligeance de M. le Professeur PATEL.)

Femme de 43 ans. Entre à l'Hôpital le 22 Janvier 1922.

Vient parce que son ventre est devenu gros et douloureux. Il y a 16 ans a eu une fille mort-née. Aurait été opérée il y a 6 ans d'un polype du col.

Depuis 2 ans, règles irrégulières : règles abondantes avec émission de caillots. Depuis ce temps son ventre a augmenté de volume.

Il y a 1 mois, apparition de douleurs dans le bas ventre, douleurs assez vives qui duraient continuellement.

A l'entrée : malade de bon aspect général.

A la palpation on perçoit au-dessus du pubis sur la ligne médiane une masse arrondie, volumineuse, dure.

Au toucher: grosse masse facilement mobilisable par le palper abdominal combiné, paraissant développée au niveau du fond de l'utérus.

On sent une autre petite masse au niveau de l'isthme.

*Le 24 Janvier 1922:* Incision de Pfannenstiel. Hystérectomie abdominale subtotale sans incidents. Appendicectomie.

Examen de la pièce : Fibrome du poids de 800 gr. A la coupe : *Myome rouge.*

La malade part en bon état le 11 février 1922. Revue en Janvier 1924, elle allait très bien.

### OBSERVATION XXX

(Due à l'obligeance de M. le Professeur PATEL.)

Femme de 45 ans. Entrée en Mai 1922 pour tumeur abdominale et pertes abondantes.

Depuis 6 mois la malade se plaint de douleurs abdominales survenant à l'occasion du moindre effort et cédant au repos.

En outre, les règles sont devenues irrégulières, ont augmenté de durée et de quantité.

Il y a 1 mois, à la suite de travaux fatigants, la malade fut prise de douleurs très vives dans la partie inférieure et latérale de l'abdomen avec irradiations aux lombes. La température était de 39°2. Repos au lit avec glace sur le ventre.

La malade se présente avec un assez bon état général.

Brûlure superficielle de l'abdomen par la glace.

Pas de trouble de compression.

Au toucher: col élevé normal. La palpation bimanuelle fait sentir un gros utérus qui est comme coiffé par une masse irrégulière et douloureuse.

*Intervention le 29 mai 1922:* Incision de Pfannenstiel. On tombe sur un fibrome très dur avec petit kyste de l'ovaire gauche. Hystérectomie subtotale sans incident. Appendicectomie.

Examen de la pièce: Fibrome du volume d'une petite orange de coloration rose: il s'agit d'un *fibrome rouge.*

La malade est morte le 19 juin, après avoir présenté des symptômes de péritonite.

### OBSERVATION XXXI

(COTTE, *Lyon-Chirurgical* 1922.)

Il s'agit d'une malade enceinte de trois mois qui présenta trois semaines avant son entrée à l'hôpital une crise de rétention d'urine complète pour laquelle le cathétérisme fut effectué. Le cours des urines se rétablit pendant quelques jours, puis nouvelles crises de rétention.

Au toucher: utérus remontant en haut et à droite.

En outre: tumeur dure volumineuse, remplissant toute l'excavation et comprimant l'urèthre à un tel point qu'on ne peut faire pénétrer une sonde dans la vessie. Fibrome enclavé.

*Intervention le 5 Janvier 1922:* Myome du volume d'un poing qui s'insère à la partie postérieure de l'utérus, près de la corne droite et qui forme une véritable amarre au corps utérin retenu en arrière.

Enucléation de la masse. On sectionne un pédicule large de 7 à 8 cm. par lequel s'insère la tumeur. Suture de la tranche au catgut.

Suites opératoires simples.

Coupe de la pièce: *myome rouge* en voie de développement.

La malade est revue en mai 1924: elle allait tout à fait bien.

### OBSERVATION XXXII

Troubles péritonéaux graves au troisième et au huitième mois de la grossesse causés par un fibrome et ayant simulé une appendicite. Myomectomie. Guérison. Accouchement prématuré.

(par M. LAURENTIE. Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Toulouse,  
Séance du 5 juillet 1922.)

Femme 28 ans. Primipare. Régée à 13 ans. Mariée à 27 ans.  
Au début de décembre 1921, M. Laurentie voit la malade pour la

première fois (grossesse de trois mois environ) : vomissements, constipation opiniâtre, et violentes douleurs à droite; on sent au niveau de la région appendiculaire un plastron très douloureux. Température: 38°4. Pouls: 110.

Diagnostic: appendicite puerpérale.

Traitée médicalement (glace, diète). Guérison.

Jusqu'en avril 1922: aucun trouble.

Le 26 avril 1922, entrée à l'hôpital: depuis 5 à 6 jours, vomissements répétés, violentes douleurs, arrêt absolu des matières et des gaz. A l'examen, le facies est grippé, la température est de 38°5; pouls: 120. Dyspnée, hypercsthésie abdominale principalement à droite, douleurs irradiées vers la région lombaire, insomnie complète.

L'utérus est très difficile à palper. Auscultation fœtale positive.

Le lendemain, aggravation des symptômes. Diagnostic: troubles appendiculaires récidivant au huitième mois de la grossesse.

*Intervention 26 avril:* Incision de Roux. L'appendice en situation normale est trouvé sain. Pas d'adhérences. Péritoine rougeâtre. L'exploration montre, exactement au même niveau que l'appendice, la présence d'un fibrome sous-péritonéal, sessile, du volume d'une mandarine, à surface dépolie et situé sur la région latéro-postérieure de l'utérus. Myomectomie (capsule très vascularisée et saignant abondamment).

Sur une coupe: *myome présentant une rougeur très prononcée.*

Dans les 48 heures suivantes, les vomissements verdâtres ont disparu, la malade a eu plusieurs selles, la température est revenue normale. Pouls: 100.

29 avril: violentes contractions utérines. Accouchement prématuré.

La malade s'en va guérie.

---

### OBSERVATION XXXIII

(SPURNEY. Cleveland.)

Dégénérescence aiguë d'un fibrome après l'accouchement. (*Journ. of. the Amér. assoc.* 8 avril 1922, p. 1049).

Une primipare de 21 ans, connue pour avoir un petit fibrome de la grosseur d'une noisette, au niveau du fond de l'utérus, accouche normalement à terme.

A ce moment, le noyau fibromateux avait un peu augmenté de volume. Dix jours après l'accouchement, douleurs violentes de l'hypogastre; pas de température; pas de troubles généraux. Le fond de l'utérus est très sensible à la palpation, la tumeur est augmentée de volume.

En raison de la persistance des douleurs, laparotomie: Onze jours après l'accouchement, hystérectomie subtotale. L'utérus, enlevé, encore mou et épais présente sur sa face postérieure une tumeur du volume d'un raisin, œdémateuse et rouge à la coupe.

### OBSERVATION XXXIV

(PATEL et MICHON. *Soc. des Sciences Médicales*, 31 janvier 1923.)

Femme de 28 ans. Deux enfants de 6 et 5 ans. Pas de fausses couches. Pas de passé gynécologique.

Depuis août 1922, les règles augmentent de quantité et de durée et s'accompagnent d'expulsion de caillots.

Le 6 novembre 1923: métrorragie abondante avec caillots. La température prise à ce moment est de 39°2.

Le 13 novembre 1923: l'utérus est trouvé augmenté de volume. Le fond atteint presque l'ombilic.

Le 17 novembre 1923: nouvelle hémorragie avec douleurs expulsives. La température persistant, les pertes continuant, au point d'amener un état d'anémie provoquant un jour une syncope, on décide d'intervenir.

*Intervention le 29 janvier 1923:*

Laparotomie médiane sous-ombilicale: utérus fibromateux s'étant développé dans le ligament large gauche.

Hystérectomie subtotal. Hémostase assez difficile.

*Examen de la pièce:* A la section, on trouve un gros myome des dimensions d'une tête de fœtus. La tumeur frappe par sa coloration jambonnée caractéristique, qui tranche sur la coloration blanc-nacré du reste de l'utérus. La tumeur est nettement encapsulée et s'est développée dans la cavité utérine dont on ne peut que difficilement retrouver l'existence.

La malade est revue en janvier 1925 en parfaite santé.

#### OBSERVATION XXXV

(Due à l'obligeance de M. le Professeur VILLARD.)

Femme de 38 ans.

Rentre à la Clinique gynécologique le 1<sup>er</sup> avril 1924 pour douleurs abdominales et augmentation du volume de l'abdomen.

Mariée: ni enfants, ni fausse couche.

Réglée à 11 ans: règles abondantes.

L'affection actuelle remonterait à 1918: elle présentait une forte métrorragie de sang rouge foncé avec caillots, accompagnée de douleurs assez violentes dans la région sacrée. Cette métrorragie dura près de deux mois et força la malade à garder le lit. Pas de température.

Depuis quatre mois, la malade a remarqué que son ventre grossissait; elle ressentait des douleurs sacrées et dans les hypocondres.

A l'entrée, la malade se plaint d'avoir perdu l'appétit depuis un mois environ.

A l'examen: l'abdomen est arrondi, tendu, ne saille pas. La palpation est difficile, la paroi épaisse: on ne sent pas de masse.

Sensation de flot jusque dans les flancs. A la percussion, zone de matité située à la partie inférieure de l'abdomen, s'étendant jusque dans les flancs à concavité supérieure. Cette zone de matité se déplace avec les mouvements de latéralité.

Au toucher: col petit de nullipare. Au toucher combiné à la palpation, on sent une masse remontant à deux travers de doigt

au-dessus du pubis, de contours irréguliers. Les mouvements imprimés à cette masse par la masse abdominale sont transmis au col utérin.

Cette masse semble donc faire corps avec l'utérus. On a l'impression d'une masse kystique (ascite cloisonnée).

*Intervention le 9 avril 1924:* Laparotomie médiane. Ascite hémorragique qu'on évacue. Il s'agit d'une généralisation néoplasique, car on constate des bourgeons en choux-fleurs sur l'intestin. Après on constate une tumeur pelvienne médiane du volume de deux poings que l'on prend pour une tumeur kystique présentant peut-être des complications mécaniques.

Extériorisation très difficile et l'on doit pincer et couper de proche en proche en entamant le tissu utérin pour extraire la tumeur. Après son ablation, on se rend compte qu'il s'agit d'une tumeur utérine.

Péritonisation correcte. Fermeture.

*Examen de la pièce:*

1° Fibrome nécrobiotique aseptique de la paroi postérieure du volume du poing. Aspect violacé viande de boucherie. A la périphérie, petit foyer jaunâtre certical, en voie de liquéfaction.

2° Les ovaires sont bien augmentés de volume; mais il est difficile de trouver des traces de tumeur. Tout semble faire croire qu'il s'agit de tumeur ovarienne coexistant avec un fibrome en voie de nécrobiose.

*Suites opératoires:* La malade part le 6 mai à peu près guérie.

*Le 13 août 1924:* La malade est revue avec une volumineuse ascite; dyspnée, douleurs, constipation. On évacue une abondante quantité d'ascite hémorragique. La malade quitte l'hôpital.

## OBSERVATION XXXVI

(CHALIER. *Soc. de Chirurgie de Lyon*, 30 octobre 1924.)

M. A. Chalier présente deux myomes extirpés par myomectomie abdominale chez une femme de 33 ans.

L'un, petit fibrome banal, du volume d'un marron, extrait à la face postérieure de l'isthme;

L'autre, un myome rouge, du volume d'une mandarine, qui occupait le fond utérin et était développé au sein même de la paroi musculaire qui lui formait comme une coque œdémateuse et assez adhérente. L'énucléation fut loin d'être aussi facile que celle du noyau isthmique. Néanmoins, l'opération se déroula vite et bien.

M. Chaliér insiste sur le caractère aigu et douloureux que présentait ce myome rouge dans les trois jours qui précédèrent l'opération. Jusque-là, la malade, réglée régulièrement, assez abondamment il est vrai, était loin de se croire atteinte de quelque affection abdominale. Elle fut prise brusquement, il y a trois jours, alors que finissait sa période menstruelle, d'une douleur extrêmement violente dans le bas ventre, douleur qui persista sans arrêt et qui la décida à se faire examiner et à se laisser opérer. L'examen montrait un utérus un peu gros, surmonté d'une masse arrondie si douloureuse à la pression qu'on crut à la possibilité de phénomènes de torsion d'un pédicule d'un fibrome sous-péritonéal ou d'un kyste ovarique.

M. Chaliér pratiqua l'opération conservatrice, celle-ci étant réclamée par la malade qui, mariée depuis trois ans, n'avait pas d'enfant et dont les annexes étaient saines.

### OBSERVATION XXXVII

(Due à l'obligeance de M. le Professeur PATEL.)

Femme de 37 ans. Entre à l'hôpital pour métrorragies abondantes.

Elle a eu un enfant, pas de fausse couche.

Il y a plusieurs années que la malade avait remarqué une abondance anormale de ses règles qui duraient longtemps. Elle avait aussi des métrorragies.

Récemment, l'abondance des pertes avait anémié la malade qui accuse de l'amaigrissement, de l'asthénie. Elle accuse également des troubles dysuriques persistants. De temps en temps, elle aurait ressenti aussi des douleurs assez violentes.

La température est à 38°.

À l'entrée: on est en présence d'une femme très amaigrie, asthénique: l'abdomen est déformé, et à travers la paroi abdominale on

palpe une masse du volume d'une tête d'adulte, arrondie dans son ensemble, mais présentant une surface irrégulière, lobée.

L'exploration vaginale fait sentir les culs-de-sac normaux, un col petit, allongé. La masse abdominale est solidaire de l'utérus.

*Le 25 avril 1925: Intervention* (Prof. Patel); sous-rachianesthésie:

Laparotomie sous-ombilicale. Hystérectomie subtotale sans incidents.

*Examen de la pièce:*

Volumineux fibrome, régulièrement sphérique. Poids: 2 kg. 550. A l'ouverture, après avoir incisé une coque nettement fibreuse, on tombe sur une masse charnue très vasculaire, couleur « viande fraîche », qui occupe le centre de la tumeur.

Les suites opératoires ont été excellentes; la température est tombée à la normale un jour après l'intervention.

La malade est partie complètement guérie. Son état général était excellent.

#### OBSERVATION XXXVIII

(Due à l'obligeance de M. le Docteur DELORE.)

Femme âgée de 46 ans.

Une fille âgée de 20 ans.

Depuis quelques mois, elle souffre du ventre et présente au moment de ses règles des hémorragies plus abondantes, et en particulier un écoulement séreux irritant les voies génitales. Elle est obligée de se reposer pendant ses règles et sa température monte alors à 38° ou 38°2.

Elle a perdu ses forces et a légèrement pâli.

Elle n'a plus de goût au travail.

*Le 15 octobre 1924, castration abdominale* sans incidents, sauf une température post-opératoire de 38° environ, persistant pendant huit jours.

Sur la pièce, fibrome d'aspect vineux à la coupe, situé sur la face postérieure de l'utérus et du volume d'une orange.

Annexité kystique droite.

La malade, revue en avril 1925, est en excellente santé. Elle a repris toutes ses occupations.

### OBSERVATION XXXIX

(Due à l'obligeance de M. le Professeur VILLARD.)

Dg. Clinique: Néo du col.  
Dg. opérat.: Myome rouge.  
Hyst. subtotale totalisée.

Femme de 43 ans.

La malade entre pour ménorragies.

Mariée. A eu un enfant il y a 20 ans.

A toujours été réglée peu abondamment, pendant un ou deux jours.

Il y a deux mois, les règles s'accompagnèrent de l'émission de caillots, mais ne durèrent qu'un jour.

Aux dernières règles (le 18 mars), pertes sanguines abondantes avec gros caillots: cette perte a persisté jusqu'à ces jours derniers et cette prolongation anormale de la durée des règles amène la malade à l'hôpital.

Albuminurie ancienne. Tension artérielle 16/7.

*Au toucher:*

1° Enorme col de consistance fibreuse portant sur la lèvre postérieure une vaste ulcération néoplasique en surface, saignant au doigt. Il ne semble pas exister d'envahissement du paramètre.

2° Fibrome sous-séreux du volume d'une tête d'enfant, paraissant s'insérer sur la face antérieure.

Piqûres de caféine, huile camphrée, éther.

La malade était dans un état grave, très anémiée, perdant abondamment. Albuminurie marquée.

Le 1<sup>er</sup> avril, injection intraveineuse de 20 cm<sup>3</sup> de citrate de soude, qui donne peu de résultat, puisque le soir la persistance de l'hémorragie nécessite un tamponnement vaginal. Le 3 avril, on décide d'intervenir, la température étant à 39°. Pendant qu'on prépare la malade, elle prend un état syncopal.

*Intervention le 5 avril 1925:*

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Hystérectomie subtotale rapide ne présentant aucune difficulté qu'une libération du rectum

adhérent et une libération des deux annexes dont la droite est kystique.

Dans un deuxième temps, totalisation, suture du vagin. On termine par un drainage abdomino-vaginal, une mèche vaginale et un Mickuliez, car le vagin était plein de caillots et d'un liquide louche.

*Sur la pièce*: utérus pâle; gros myome rouge de la paroi antérieure: la teinte est caractéristique avec de petites cavités lacunaires en pleine masse myomateuse. Sur le col, lèvre postérieure très pâle, portant une érosion en surface; à la coupe, il n'est pas du tout sûr qu'il s'agisse d'épithélioma. Polype muqueux pédiculé du col du volume d'un petit pois.

*Décès* le 8 avril 1925.

*Autopsie*: on trouve dans le petit bassin une grande cavité du volume d'un gros poing, occupée par les mèches et renfermant un liquide roussâtre et fétide. Au-dessus de cette cavité, l'épiploon et l'S iliaque ont fait une barrière efficace.

Pas de péritonite généralisée. Les ligatures ont tenu.

Au cœur, lésions d'endocardite ancienne.

## OBSERVATION XL

(Due à l'obligeance de M. le Professeur VILLARD.)

Dg. Clinique: *Fibrome*.

Dg. opératoire: *Myome rouge*.

Hystérectomie subtotale.

La malade vient pour métrorragies.

Mariée, deux enfants, 47 ans, encore menstruée.

Depuis trois ans, les règles sont devenues plus fréquentes, de plus longue durée, plus abondantes.

Le 2 mars 1925, les règles apparaissent en avance comme d'habitude; elles durent cinq jours, s'arrêtent un jour, et reprennent encore pour quelques jours.

Ces dernières règles s'accompagnèrent de crises douloureuses violentes, qui durèrent plus d'une semaine, douleurs comparables à celles de l'accouchement.

Au toucher: Col dirigé en arrière. Utérus gros. Fibrome à développement transversal débordant de deux travers de doigt la symphyse et du volume d'une tête fœtale.

*Intervention le 28 mars 1925 (Prof. Villard):*

Hystérectomie subtotale sans incidents. Il s'agit d'un gros fibrome à développement postérieur présentant une coloration rouge en rapport avec des troubles de la nutrition auxquels il faut attribuer la crise douloureuse du début de mars.

Suites opératoires normales apyrétiques.

### OBSERVATION XLI

(Due à l'obligeance de M. le Professeur VILLARD.)

Fibrome à développement postérieur.

*Myome rouge.*

Hystérectomie subtotale.

Femme de 45 ans.

Mariée; trois enfants.

Habituellement bien réglée; mais, depuis six mois, apparition de caillots dans le sang des règles. Puis, peu à peu, les règles avancèrent de 4, 6, 8 jours, ayant toujours leur durée normale de 4 à 5 jours. En outre, douleurs dans les premiers jours de l'écoulement menstruel.

Il y a deux semaines, la malade fut prise subitement un matin d'une crise douloureuse siégeant dans le bas ventre, plus marquée à droite: quelques sensations nauséuses, et, même, un petit vomissement.

Dans les deux jours qui suivirent, les phénomènes douloureux s'améliorèrent. Depuis, aucun trouble fonctionnel; pas de constipation.

*Au toucher:* col de multipare, déchiré et entr'ouvert; utérus volumineux, débordant de trois travers de doigt la symphyse, à surface régulière; fibrome à développement antérieur du volume d'une tête fœtale et peut-être légèrement inclus.

*Intervention le 24 mars (D<sup>r</sup> Comte):*

Hystérectomie subtotale sans incidents pour fibrome. Sur la pièce, il s'agit d'un fibrome de couleur hortensia (rouge tirant sur le violet), du volume d'une grosse orange, fibrome développé aux dépens de la face postérieure de l'utérus. Les constatations anatomiques expliquent la crise douloureuse d'il y a deux semaines et l'anurie de deux jours consécutive.

Drainage intracervical et intrapariétal.

Suites opératoires simples.

## OBSERVATION XLII

(Due à l'obligeance de M. le Professeur VILLARD.)

Fibrome utérin très hémorragique.

Phlébite gauche. Phlébite seconde à droite.

Hystérectomie subtotale: *gros myome rouge*.

Femme de 52 ans.

Deux enfants. Ménopause à 50 ans.

Depuis sa ménopause, la malade a eu des pertes sanguines après trois mois d'interruption. Cette première perte était constituée par du sang rouge et dura comme des règles ordinaires, c'est-à-dire quatre à cinq jours.

Dans la suite, les pertes rouges se renouvelèrent à époques variables irrégulières. Ces derniers temps, elles ont pris le caractère de suintement hémorragique et s'accompagnent de l'émission de caillots.

*A l'examen* : malade au teint anémique, ventre augmenté de volume, dur à la palpation, non douloureux; cette augmentation de volume s'est faite rapidement.

Pas de troubles de la miction. Constipation déjà ancienne.

*Au toucher* : col présentant des cicatrices obstétricales, admettant la pointe du doigt. On perçoit une masse abdominale douloureuse faisant corps avec l'utérus, les mouvements imprimés à cette masse se communiquant au col.

Cette masse, de consistance ferme, plutôt dure, résistante, déborde largement à droite et à gauche la ligne médiane, remontant jusqu'au dessus de l'ombilie.

Le 3 mars 1925: l'intervention étant décidée pour aujourd'hui, on découvre ce matin une phlébite indubitable du membre inférieur gauche, œdématisé et douloureux. Apyrexie totale, avec pouls à 100. On surseoit à l'intervention.

Le 17 mars 1925. Le malade a fait depuis une dizaine de jours une deuxième localisation phlébitique au membre inférieur droit.

*Intervention le 18 avril 1925 (D<sup>r</sup> Michon):*

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Gros utérus pâle du volume d'une tête d'enfant. Hystérectomie subtotalaire facile. Enormes sinus dilatés, mais non thrombosés, surtout dans le ligament tubo-ovarien.

Cautérisation et suture du col.

Péritonisation basse soignée.

Fermeture totale.

*Pièce:* Cavité utérine courbe (20 cm.) refoulée sur un côté.

Deux masses fibromateuses: l'une du volume d'une prune (fibrome simple); l'autre du volume d'une tête d'enfant bombant dans la cavité (myome en dégénérescence, teinte gris-violet avec masses gélatineuses).

### OBSERVATION XLIII

(Due à l'obligeance de M. le Professeur VILLARD.)

Fibrome pelvien antérieur.

Retentissement vésical.

Myomectomie. Myome rouge.

Femme de 34 ans et demi.

Rien dans les antécédents.

Un enfant de 7 ans bien portant.

Le 17 novembre 1924, fausse couche de quatre mois et demi à la suite de laquelle un examen pour retard de délivrance nécessita des manœuvres d'extraction du placenta et permit de découvrir un fibrome du volume d'un poing.

Les suites de couches ont été tout à fait normales.

Le retour des règles s'est rétabli sans hémorragies et il y a quelques jours la malade ne perdait plus. Au moment où elle fut

examinée par le D<sup>r</sup> Michon, le 13 janvier, elle présentait un fibrome du volume d'un poing, situé en avant de l'utérus qui était refoulé en arrière et à gauche. On percevait le corps utérin qui paraissait relativement indépendant de la masse fibromateuse; la malade accusait de la pollakiurie sans cystite: le cathétérisme montrait l'urèthre et la vessie fortement déviés à gauche. C'est la situation pelvienne du fibrome et son retentissement vésical qui indiquaient à ce moment l'intervention.

La malade qui ne devait se faire opérer qu'en février présenta dans les jours qui suivirent l'examen, c'est-à-dire le 21-22 janvier, des *métrorragies extrêmement abondantes* qui nécessitèrent son admission d'urgence à l'hôpital.

*A l'entrée:* malade très pâle, pouls petit, état syncopal, la température est à 38°. Le vagin est plein d'énormes caillots. On pratique un tamponnement vaginal.

On décide d'intervenir de suite en raison de ces phénomènes hémorragiques.

*Intervention* (D<sup>r</sup> Michon):

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Il existe un peu de sang dans le ventre. La métrorragie s'est évacuée partiellement par les trompes. Les lésions constatées sont absolument identiques à celles diagnostiquées. Fibrome du volume d'un gros poing situé en avant et à droite. Fond utérin intact. On décide une myomectomie. Incision antérieure: décortication facile du myome dont la surface extérieure est grisâtre. La coque ne saigne pas. On capitonne par deux sujets profonds. Un troisième plan de points en U superficiel, et on péritonise assez bien avec un quatrième plan au catgut. Les sutures terminées, l'utérus est exsangue. Annexes et appendice sains.

Sur la pièce, il s'agit d'un myome rouge très typique, couleur « viande de boucherie ». Drainage sous-cutané.

*Suites simples:* Le soir, température à 40°, redescendant au bout de deux à trois jours à la normale. L'état général se remonte.

Guérison.

*Examen histologique* (D<sup>r</sup> Michon):

Il s'agit d'un myome pur avec des zones de nécrobiose aseptique, sans signes de malignité.

#### OBSERVATION XLIV

(VERGNORY, CREYSEL et VACHEY. *Soc. des Sciences Médicales*,  
10 juin 1925.)

Femme de 41 ans.

Mariée, la malade a deux enfants bien portants. Pas de fausse couche.

Bonne santé habituelle; cependant la malade dit qu'elle a toujours facilement saigné du nez.

Epistaxis violentes cédant mal au tamponnement.

A la suite du premier accouchement, infection puerpérale ayant nécessité l'hospitalisation à l'infirmerie de la maternité pendant trois à quatre mois; depuis ce temps, la malade se plaint de douleurs dans la fosse iliaque droite, subaiguë, n'ayant jamais donné d'épisodes fébriles.

Depuis trois mois, les règles sont devenues très abondantes, augmentées en durée; pertes avec caillots, douleurs violentes irradiées aux lombes et dans les membres inférieurs.

Pas de douleurs en dehors des règles. Pas de troubles de la miction. Pas d'enflure des membres inférieurs.

A l'examen: malade présentant un bon état général, quoique un peu amaigrie.

Le toucher vaginal fait sentir un col gros, basculé en arrière, et, dans les cul-de-sacs antérieurs et latéraux, une masse qui les surplombe et appartient à l'utérus, qu'une main sus-pubienne repère aisément; il dépasse un peu la symphyse et ses mouvements sont bien transmis à la main qui tient le col.

Rien à l'examen général.

*Intervention le 10 juin 1925 (D<sup>r</sup> Vergnory):*

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Hystérectomie subtotale.

*Examen de la pièce:*

On est en présence après ouverture de l'utérus d'un myome sous-muqueux de la grosseur de deux poings. Il a une couleur rouge caractéristique.



## CONCLUSIONS

---

1° Les myomes rouges de l'utérus, de coloration « lie de vin » ou « viande de boucherie », myomes douloureux et à évolution rapide, tels que les a définis POLLOSSON, méritent de garder leur individualité.

2° Leur évolution clinique s'accompagne souvent des symptômes suivants :

a) De douleurs vives dans le bas ventre, continues, ou survenant par crises ;

b) D'hémorragies d'une abondance parfois telle qu'elles peuvent engendrer une anémie intense ;

c) D'une température en général modérée ;

d) De la présence d'une tumeur utérine augmentant rapidement de volume.

Le diagnostic toutefois en est difficile : il n'est le plus souvent fait qu'à l'intervention. On pourra cependant penser au myome rouge en présence de l'évolution aiguë et rapide d'une tumeur utérine, accompagnée d'une atteinte assez marquée de l'état général.

3° A l'examen macroscopique, le myome rouge est le plus souvent interstitiel, quelquefois sous-muqueux. Il est entouré d'une capsule plus ou moins épaisse, offre une consistance mollassse et peu élastique.

L'examen histologique montre un myome très vascularisé, avec prédominance de vaisseaux lacunaires à parois fragiles, souvent rompues, donnant ainsi naissance à des hémorragies interstitielles. Sous l'influence de ces modifications circulatoires, le tissu musculaire subit deux sortes de transformation :

a) Les fibres musculaires sont déformées et prennent mal le colorant. Leurs noyaux sont mal dessinés. Il s'agit d'un processus destructeur, qui est du reste le plus fréquent ;

b) Au contraire, certaines fibres, groupées en îlots, sont courtes, nettes, et bien colorées : il s'agit alors d'un processus régénérateur qui semble compenser le précédent.

On ne trouve dans les préparations ni signes d'inflammation, ni signes de transformation maligne.

L'examen bactériologique de morceaux de myomes rouges prélevés aseptiquement est toujours resté négatif.

4° Le myome rouge semble donc être un myome qui subit de brusques et profondes altérations, dont la nécrobiose aseptique semble être la plus importante.

La raison de cette dégénérescence réside dans des troubles circulatoires survenant dans le territoire d'un myome, dont la vascularisation est le plus souvent assurée de façon précaire, sous l'effet de causes diverses dont les plus fréquentes paraissent être la grossesse, l'accouchement et la ménopause.

5° Le Traitement est essentiellement un traitement chirurgical.

Il consistera dans l'hystérectomie totale ou subtotale qui donne le plus de sécurité. La myomectomie ne sera indiquée que chez les femmes jeunes ou en période de grossesse.

6° La guérison, après l'intervention, est la règle. Elle survient dans les jours qui suivent l'opération. Les suites opératoires ne sont pas plus compliquées que dans les fibromes ordinaires.

La guérison se maintient complète pendant des années. On n'a jamais signalé de récidives.

---

*Le Président de la Thèse,*  
L. BÉRARD.

VU :  
*Le Doyen,*  
JEAN LÉPINE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :  
Lyon, le 6 Mai 1925.  
*Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,*  
CAVALIER.



## BIBLIOGRAPHIE

---

- ALBERTIN. — Utérus myomateux avec myome interstitiel à foyer central de nécrobiose et autre myome « lie de vin ». *Lyon-Chirurgical*, février 1912.
- ARCHIBALD DONALD. — In Mémoires de Smith au Schaw. *Journal Obst. And. Gyn.*, 1909.
- BARBOUTH. — Etude clinique et histologique de la nécrobiose aseptique des fibromyomes de l'utérus. *Revue de Chirurgie*, 1912, p. 571.
- BARDON. — La circulation artérielle dans les fibromes utérins. *Gynécologie et Obstétrique*, 1921.
- Etude radiographique de la vascularisation des fibromes utérins. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1922, p. 174.
- BÉGOUIN. — La nécrobiose des fibromes utérins. *Paris-Médical*, 17 juin 1922, p. 503.
- BÉRARD. — Myome malin de l'utérus. *Province Médicale*, mai 1896.
- BÉRARD et CHARVET. — Leiomyome malin de l'utérus propagé à la vessie et infiltré à tout le pelvis. *Lyon-Médical*, septembre 1910.
- BÉRARD. — *Société de Chirurgie de Lyon*, 30 octobre 1924.
- BLAND SUTTON. — *Britisch. Journ. Med.*, July 29-1916.
- BISCH. — La gangrène des fibromyomes utérins non pédiculés. *Thèse de Paris*, 1901-1902.
- BRINDEAU. — Les fibromes utérins compliqués de grossesse. *P. M.*, 1923, n° 34, p. 385.
- CHALLIER. — Myomectomie pour myome rouge de l'utérus à forme très douloureuse. *Soc. de Chirurgie*, Lyon, 30 oct. 1924.

- CHAVANNAZ. — Nécrobiose des fibromes utérins et grossesse. — Congrès de Chirurgie de Paris, 11 octobre 1919.
- CHAVANNAZ et NADAL. — *Journal d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux*, juin 1919.
- CONDAMIN. — Cancer musculaire lisse. *Province Médicale*, 1896.
- COTTE. — Myomectomie et grossesse. *Lyon-Chirurgical*, 1912.
- DEMONS et BÉGOUIN. — Myome interstitiel de teinte « lie de vin ». *Société de Gynécologie de Bordeaux*, 26 nov. 1905.
- FERRONI. — *Ann. di Obst. e Ginec.*, 1899, n° 4.
- FIOLE. — La température dans la myomatose utérine. *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1923, p. 187 et 900.
- FORGUE et MASSABEAU. — *Traité de Gynécologie*, 1920.
- VON FRANQUÉ. — La température dans la myomatose utérine. *Zeitsch. f. Geburtsh u. Gynâkol.*, 1909, LXIV, 3.
- GALVANI. — Les fibromyomes douloureux. *Rev. de Gynéc.*, 1900.
- GAMBIER. — Des fibromes utérins interstitiels nécrobiosés. *Thèse de Bordeaux*, 1908-1909.
- GEBHARD. — *Pathologische anatomie der weiblichen Sexualorganen*, 1899.
- HARTMANN. — *Société de Chirurgie de Paris*, 22 janvier 1902, page 70.
- HAULTAIN. — Remarks on pregnancy complicated by fibromyoma of the uterus. A record of ten cases treated by laparotomy. *Edin. b. Society in British Med. Journal*, déc. 1908, p. 1665.
- HYENNE. — Etude anatomique des principales dégénérescences des fibromyomes de l'utérus. *Thèse de Paris*, 1898.
- JAYLE. — Traitement chirurgical des fibromes utérins. Congrès de Chirurgie de Paris, octobre 1924.

- KEIFFER. — Des fibromes pendant la grossesse. *Gazette de Gynécologie de Paris*, 1907.
- Dégénérescence des fibromes pendant les suites de couches. *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*.
- Leçon anatomo-clinique sur les fibromes. *La Gynécologie*, 1920.
- LAURENTIE. — Troubles péritonéaux graves au troisième et au huitième mois de la grossesse causés par un fibrome et ayant simulé une appendicite. *Société d'Obstétrique et Gynéc. de Toulouse*. Séance du 5 juillet 1922.
- LECÈNE. — Nécrobiose, suppuration et gangrène des fibromes utérins. *Ann. de Gynéc. et d'Obst. de Paris*, 1911.
- LEITH MURRAY. — Les lipoïdes hémolytiques des fibromes dégénérés, en particulier dans les myomes rouges. *Journal Obst. and Gynec. of the Brit. Empir.*, 1910.
- LEROUX. — Etude sur la nécrobiose des fibromes utérins au cours de la grossesse. *Thèse de Paris*, 1923.
- LIEPMANN. — Band III. *Anatomie und Histologie der weiblichen Genitalorganen*, p. 58.
- LOBENSTINE. — Fibromyomata in pregnancy. *American Journal of Obstetrics*, janvier 1911, vol. LXIII, p. 67.
- LOCKYEAR. — Multiple myomectomies Sixth Month of Pregnancy. *Laborat. Term. Pres. Royal. Soc. Med. Gynec. Sec. March.* 5-1914.
- MAURY. — Dégénérescence rouge des fibromes. *Americ. Journal of Obst. and Gynec.*, vol. 5, n° 5, mai 1923, p. 519.
- MAZET. — Myome rouge de l'utérus. *Lyon-Chirurgical*, mars 1914.
- MICHALOUX-JIMBERT. — Considérations anatomo-cliniques sur les myomes rouges de l'utérus. *Thèse de Lyon*, 1920-1921.
- MICHON et COMTE. — Myome rouge de l'utérus. Myomectomie. Guérison. *Société de Médecine et des Sciences Médicales de Lyon*, 11 février 1925.

- PATEL et GIGNOUX. — Myomes rouges de l'utérus. *Lyon-Médical*, 30 mai 1922, p. 1.012.
- PATEL et MICHON. — Myome rouge de l'utérus. *Société des Sciences Médicales de Lyon*, 31 janvier 1923.
- PAVIOT et BÉRARD. — Du cancer musculaire lisse. *Archives de Médecine Expérimentale*, 1897.
- PIQUAND. — Les dégénérescences des fibromyomes. *Thèse de Paris*, 1905.
- POLLOSSON et VIOLET. — Deux cas de myomes rouges encapsulés. *Lyon-Médical*, mai 1905.
- POLLOSSON et MAZET. — Volumineux myome rouge à développement rapide. *Lyon-Médical*, mars 1911.
- POLLOSSON et J.-F. MARTIN. — Volumineux myome rouge de l'utérus. *Société des Sciences Médicales de Lyon*, 22 fév. 1911.
- POZZI. — *Traité de Gynécologie*.
- PY. — Contribution à l'étude des myomes rouges de l'utérus. *Thèse de Montpellier*, 1913.
- QUÉNU. — Fibromes douloureux de l'utérus. *Gazette Méd.*, 1893.
- ROSS AND HENDRICKS. — *Canada Practitioner*, 1910.
- ROUVILLE (de). — Myome pur de l'utérus compliquant la grossesse. *Bullt d'Obst. et de Gynéc.*, Paris, 1911.
- SITZENFREY. — Contribution à l'étude bactériologique et histologique des myomes utérins fébriles. *Arch. für Gynäkol*, 1911-XLIV-1.
- SPARNEY (Cleveland). — Dégénérescence aiguë d'un fibrome après l'accouchement. *Journal of the Amer. Med. Assoc.*, 8 avril 1922, p. 1.049.
- TAYLOR. — Necrobiotic fibroid and pregnancy. *The Practitioner*, 1906.
- TÉDENAT et TZELEPOGLOU. — Myomes utérins. Dégénérescence rouge. *La Gynécologie*, février 1921, p. 65-79.

- TÉDENAT. — Myomes utérins en dégénérescence rouge chez les jeunes. *Soc. Obst. et Gynéc. de Montpellier*, 8 déc. 1920.
- TEILHABER. — Les causes des hémorragies dans les myomes utérins. *Archives de Gynécologie*, 1904.
- TERMIER. — Fibromyome rouge. *Dauphiné Médical*, juillet 1911.
- TIXIER. — Indications du traitement chirurgical dans les fibromes utérins. — Rapport au XXXIII<sup>e</sup> Congrès de Chirurgie, Paris, 1924.
- TROTABAS. — De la nécrobiose et de l'infection larvée des myomes interstitiels de l'utérus. *Thèse de Lyon*, 1911.
- VAUTRIN. — Du sphacèle des fibromes interstitiels de l'utérus. *Ann. de Gynéc. et d'Obst.*, 1898.
- VERGNORY, CREYSSEL et VACHEY. — Myome rouge de l'utérus. *Société des Sciences Médicales de Lyon*, 10 juin 1925.
- VIANA. — Contributo allo studio della necrosi dei fibromi uterini. *In Grandaza Ariburco Italiano di Ginecologie*, nov. 1905.
- VIOLET et ALAMARTINE. — Myome rouge encapsulé de l'utérus. *Lyon-Médical*, 1909.
-

## TABLE DES MATIÈRES

---

|                                                                                | Pages |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Publications antérieures.....                                                  | 7     |
| Introduction.....                                                              | 12    |
| Chapitre I : Etude clinique et diagnostique.....                               | 17    |
| Chapitre II : Etude anatomique et microscopique ...                            | 29    |
| Chapitre III : Interprétation des faits cliniques et anatomopathologiques..... | 41    |
| Chapitre IV : Etiologie et Pathogénie.....                                     | 47    |
| Chapitre V : Traitement.....                                                   | 61    |
| Observations.....                                                              | 65    |
| Conclusions.....                                                               | 103   |
| Bibliographie.....                                                             | 107   |

---



